



Université du Québec
à Rimouski

**ÉTUDE DESCRIPTIVE COMPARATIVE DE LA QUALITÉ
DE VIE AU TRAVAIL D'INFIRMIÈRES TRAVAILLANT
PAR QUARTS DE HUIT HEURES ET DE DOUZE HEURES
DANS LES HÔPITAUX QUÉBÉCOIS**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© CATHERINE HUPÉ

Décembre 2014

Composition du jury :

Nicole Ouellet, Ph.D., présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Guy Bélanger, Ph.D., directeur de recherche, Université du Québec à Rimouski

Marjolaine Bellavance, Ph.D., examinateur externe, CSSS de Rimouski-Neigette

Dépôt initial le 18 septembre 2014

Dépôt final le 9 décembre 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

À Michelle,

Veille sur nous ma tante.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent, en premier lieu, au professeur Guy Bélanger, Ph.D., dont les connaissances immesurables, le caractère passionné et l'humilité en font un directeur de recherche digne de mention. Je tiens à souligner sa disponibilité et, surtout, son soutien constant et exemplaire à travers les différentes étapes de ce parcours qui s'est avéré particulièrement sinueux pour moi. Merci de tout cœur.

Merci à mes parents Jacques et Suzanne, à ma sœur Anne-Marie (Thomas) et à mon frère Charles-Étienne de me servir de modèles, depuis mon plus jeune âge, sur les plans humains, scolaires et professionnels. Votre dynamisme et votre curiosité intellectuelle m'ont toujours poussée à vouloir accomplir d'ambitieux projets comme celui-ci. Le constat de votre fierté devant mes réussites constitue une récompense pour moi encore plus gratifiante que le diplôme en soi.

Je désire exprimer de sincères remerciements à mon ami Dominic D. pour sa présence tellement précieuse dans les dernières années, à mon amie Johanne G. pour son appui généreux et inconditionnel, ainsi qu'aux Dr. Castonguay et Dr. Carvalho : c'est grâce à vous, qui avez cru en mon potentiel, que j'ai retrouvé la santé et la motivation nécessaires à la concrétisation de ce mémoire.

De cordiaux remerciements sont énoncés au Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (MELS) pour l'intérêt porté à cette recherche et pour le soutien financier octroyé durant mes études de deuxième cycle. Merci également à la Fondation de l'Université du Québec à Rimouski de reconnaître et d'appuyer, année après année, l'excellence de ses étudiants.

Il serait à propos de remercier le professeur Gilles Dupuis de l'Université du Québec à Montréal pour une contribution importante à l'analyse des données de recherche. Un

merci chaleureux est destiné aux participants qui ont accordé bénévolement du temps à cette étude. Merci finalement à Nicole Ouellet, Ph.D. et à Marjolaine Bellavance, Ph.D., d'accepter de poser un regard critique et juste sur ce document, m'encourageant ainsi au perfectionnement et à la rigueur scientifique dans mes travaux actuels et ultérieurs.

RÉSUMÉ

Cette étude descriptive comparative a pour but de vérifier l'existence de différences sur le plan de la qualité de vie au travail (QVT), telle que mesurée par l'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT), entre les infirmières québécoises qui travaillent par quarts de 8 heures et de 12 heures dans les centres hospitaliers, ainsi que d'examiner les liens entre les caractéristiques (individuelles et organisationnelles) de ces infirmières et leur niveau de QVT. Suite à une technique d'échantillonnage aléatoire simple, 73 infirmières membres de l'OIIQ ont participé à l'étude; 40 composent le groupe des 8 heures et 33 s'inscrivent dans le groupe des 12 heures. Les comparaisons des deux groupes sur leurs caractéristiques et sur leur QVT ont été effectuées à l'aide du test de Mann Whitney, du Khi-carré et du test Exact de Fisher. Les corrélations entre les caractéristiques des infirmières et leurs scores de QVT ont été possibles par l'entremise du Rho de Spearman. Le logiciel IBM SPSS Statistics 21 a permis la compilation et l'analyse des données. Des différences significatives ont été observées entre les deux groupes sur les caractéristiques *choix de la durée des quarts, rotations à l'horaire, jours de travail par deux semaines, fréquence des pauses et repas et jours de congé consécutifs aux deux semaines* ($p < 0,05$). Sur le plan de la QVT, les infirmières travaillant par quarts de 12 heures, comparativement à leurs collègues travaillant par quarts de 8 heures, bénéficient de plus de *temps pour exécuter les tâches* et perçoivent plus favorablement la *répartition de la charge de travail lors de l'absence d'un ou de plusieurs employés* ($p < 0,05$). Aucune différence significative n'est notée quant à la QVT globale des infirmières, score qui s'est avéré, pour les deux groupes, particulièrement inquiétant par rapport aux résultats obtenus dans la population générale de travailleurs ayant répondu antérieurement à l'ISQVT. Il apparaît que l'implantation de l'horaire par quarts de 12 heures en milieux hospitaliers québécois contribue, à petite échelle, à améliorer la problématique de la faible QVT des infirmières, mais le maintien d'un certain nombre de postes de durée traditionnelle de 8 heures pour considérer les préférences des employés et répondre aux besoins organisationnels s'avère recommandable.

Mots clés : Qualité de vie au travail, horaires de travail, quarts de travail de 12 heures, infirmières québécoises, étude descriptive comparative, centres hospitaliers du Québec

ABSTRACT

The goal of this descriptive and comparative study is to identify the existence of significant differences on the quality of work life (QoWL), measured by the Systemic Quality of work life Inventory tool (ISQVT), of nurses who work on 8 hours shifts (group 1) and nurses who work on 12 hour shifts (group 2) in hospital settings in the Quebec province, and to examine the relations between the characteristics (individual and organisational) of those nurses and their QoWL scores. Following a simple random sampling method, 73 members of the Quebec's nurses professional order (OIIQ) participated in the study; 40 of them work on 8 hour shifts and 33 on 12 hour shifts. The comparisons on characteristics and QoWL scores were made using the Mann Whitney test, the Chi-square and the Fisher's Exact test. The correlations were established using the Spearman's Rho. The software IBM SPSS Statistics 21 was useful to compile and analyse the research data. Significant differences were observed between the two groups on the following characteristics: *Choice of the shiftwork length*, *Rotations*, *Days of work on a two week basis*, *Frequency of breaks and meals* and *Consecutive days off on a two week basis* ($p < 0,05$). About the QoWL, nurses who are working on 12 hour shifts reported having more *Time to execute the tasks* and having a better perception of the *Repartition of the workload when one or many colleagues are absent* ($p < 0,05$). There was no significant difference between the two groups on their global QVT; that score was particularly critical for our sample compared to the general population of workers who previously answered to the ISQVT tool. This study has shown that 12 hour shiftwork can be a small-scale solution to the problem of a low nurses' QoWL in Quebec hospitals, but it is still recommended to keep some traditional 8 hour shift positions available so the employees' and preferences and organisational needs can be considered.

Keywords : Quality of nurses' work life, schedules, 12 hour shiftwork, descriptive and comparative study, health care and services management, hospitals in Quebec

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ix
RÉSUMÉ	xi
ABSTRACT.....	xiii
TABLE DES MATIÈRES	xv
LISTE DES TABLEAUX.....	xix
LISTE DES FIGURES.....	xxi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xxiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 LE PROBLÈME	3
1.1 EXPOSÉ DU SUJET D'ÉTUDE.....	3
1.2 PRÉSENTATION DES DONNÉES DE LA SITUATION	4
1.3 CONTEXTE EMPIRIQUE	6
1.4 CONTEXTE THÉORIQUE	8
1.5 SOLUTION PROPOSÉE ET RÉSULTATS ESCOMPTÉS	10
1.6 BUT DE L'ÉTUDE	11
1.7 QUESTIONS DE RECHERCHE.....	11
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	13
2.1 QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	13
2.1.1 Historique de la qualité de vie au travail	13
2.1.2 Définitions et théories de la QVT	15
2.2 QVT EN SCIENCES INFIRMIÈRES.....	18
2.3 DIMENSIONS DE LA QVT DES INFIRMIÈRES.....	21
2.3.1 Rémunération.....	21
2.3.2 Cheminement professionnel	22
2.3.3 Climat avec les collègues	23

2.3.4	Climat avec les supérieurs.....	23
2.3.5	Caractéristiques de l'environnement.....	24
2.3.6	Facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche.....	25
2.3.7	Soutien offert à l'employé.....	27
2.3.8	L'horaire de travail.....	28
2.4	HORAIRE PAR QUARTS DE 12 HEURES : EFFETS RECENSÉS	28
2.4.1	Effets des quarts de 12 heures sur le plan individuel	29
2.4.2	Effets des quarts de 12 heures sur le plan organisationnel	31
2.4.3	Limites des études sur les quarts de 12 heures chez les infirmières	33
2.5	LE CADRE DE RÉFÉRENCE	34
2.5.1	Modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail.....	34
2.5.2	Modèle des systèmes de contrôle.....	35
2.5.3	Cadre de référence adopté pour la présente étude : intégration du modèle de Dupuis et al. (2009) au modèle de Brun et al. (2003)	37
2.6	MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	38
2.6.1	Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT).....	39
CHAPITRE 3 MÉTHODE		43
3.1	TYPE D'ÉTUDE.....	43
3.2	MILIEUX DE L'ÉTUDE	44
3.3	POPULATION CIBLE ET ÉCHANTILLON.....	44
3.4	TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE.....	46
3.5	DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE ET COLLECTE DE DONNÉES	47
3.6	DÉFINITIONS DES TERMES	49
3.6.1	Infirmière	49
3.6.2	Caractéristiques individuelles	50
3.6.3	Caractéristiques organisationnelles	50
3.6.4	Qualité de vie au travail	51
3.6.5	Dimensions et sous-dimensions de la qualité de vie au travail.....	53
3.7	CONTRÔLE DES VARIABLES ÉTRANGÈRES.....	55
3.8	ANALYSE DES DONNÉES	55

CHAPITRE 4 RÉSULTATS	59
4.1 COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES DES DEUX GROUPES D'INFIRMIÈRES	60
4.2 COMPARAISON DES SCORES DE QVT OBTENUS PAR LES DEUX GROUPES D'INFIRMIÈRES	65
4.3 CORRÉLATIONS ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES DES INFIRMIÈRES ET LEURS SCORES D'ÉCART DE QVT	73
CHAPITRE 5 DISCUSSION	79
5.1 CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES DE L'ÉCHANTILLON	80
5.1.1 Âge et sexe	81
5.1.2 Localité de l'hôpital et secteur de soins	81
5.1.3 Formation	81
5.1.4 Jours/heures de travail	82
5.1.5 Heures supplémentaires	82
5.1.6 Fréquence des pauses et repas	83
5.2 DIFFÉRENCES ENTRE LES GROUPES SUR LE PLAN DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES	83
5.2.1 Jours/heures de travail par semaine	84
5.2.2 Heures supplémentaires	84
5.2.3 Prise des pauses et des repas	85
5.2.4 Rotations et plage horaire	85
5.3 DIFFÉRENCES ENTRE LES GROUPES SUR LE PLAN DE LA QVT	86
5.3.1 Score global de QVT	86
5.3.2 Dimensions et sous-dimensions de la QVT	87
5.4 CORRÉLATIONS ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES DES INFIRMIÈRES ET LEUR QVT	88
5.4.1 Âge	89
5.4.2 Enfants/personnes à la charge et études en cours	89
5.4.3 Sexe et statut civil	90

5.4.4	Hôpital et secteur de soins	90
5.4.5	Formation	91
5.4.6	Choix de la durée des quarts	91
5.4.7	Fréquence des pauses et repas.....	92
5.4.8	Jours de congé consécutifs.....	93
5.4.9	Statut civil et Plage horaire	93
5.5	QVT DES INFIRMIÈRES PAR RAPPORT AUX TRAVAILLEURS EN GÉNÉRAL	94
5.6	LIMITES DE L'ÉTUDE	99
5.7	RECOMMANDATIONS.....	101
5.7.1	Recommandations pour la pratique.....	101
5.7.2	Recommandations pour la recherche	102
5.7.3	Recommandations pour la formation.....	102
	CONCLUSION.....	105
	RÉFÉRENCES.....	109
	APPENDICE A DIMENSIONS DE LA QVT DES INFIRMIÈRES	119
	APPENDICE B ÉTUDES AUPRÈS D'INFIRMIÈRES AVEC COMPARAISONS ENTRE LES QUARTS DE 8 HEURES ET DE 12 HEURES	123
	APPENDICE C INSTRUMENT DE MESURE UTILISÉ DURANT L'ÉTUDE : INVENTAIRE SYSTÉMIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL.....	127
	APPENDICE D CERTIFICATION ÉTHIQUE	149
	APPENDICE E LETTRE D'INVITATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	153
	APPENDICE F QUESTIONNAIRE SUR LES CARACTÉRISTIQUES DU PARTICIPANT.....	161
	APPENDICE G APLATISSEMENT ET ASYMÉTRIE ASSOCIÉS AUX SCORES D'ÉCART DES DIMENSIONS DE LA QVT MESURÉES AUPRÈS DE L'ÉCHANTILLON.....	167
	APPENDICE H CORRÉLATIONS ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES DES INFIRMIÈRES ET LEURS SCORES D'ÉCART AUX SOUS-DIMENSIONS DE LA QVT	171

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Dimensions et sous-dimensions de la QVT selon l'ISQVT	54
Tableau 2 : Plan d'analyse des données	56
Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques individuelles des infirmières travaillant par quarts de 8 heures et de 12 heures.....	61
Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques organisationnelles des infirmières travaillant par quarts de 8 heures et de 12 heures.....	63
Tableau 5 : Comparaison des scores globaux de QVT et rangs centiles obtenus par les deux groupes d'infirmières.....	65
Tableau 6 : Comparaison des scores d'écart aux dimensions de la QVT et rangs centiles obtenus par les deux groupes d'infirmières.....	67
Tableau 7 : Comparaison des scores d'écart aux sous-dimensions de la QVT et rangs centiles obtenus par les deux groupes d'infirmières.....	68
Tableau 8 : Classement des scores de QVT selon le rang centile dans les zones verte, jaune et rouge	72
Tableau 9 : Interprétation de la force des corrélations	74
Tableau 10 : Corrélations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des deux groupes d'infirmières et leur score global de QVT	75
Tableau 11 : Synthèse des corrélations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières et les sous-dimensions de la QVT	77
Tableau 12 : Caractéristiques individuelles et organisationnelles de l'échantillon par rapport à la population.....	80

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle conique de la qualité de vie au travail et de la qualité de vie générale. Adaptation par Catherine Hupé (2014) [traduction libre].....	16
Figure 2 : Modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale et de la QVT au travail.....	38
Figure 3 : Exemple de question de l'ISQVT.....	39
Figure 4 : Cercle de correction des questions de l'ISQVT.....	40
Figure 5 : Exemple des rangs d'importance des sous-dimensions de l'ISQVT.....	41

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

H	Hôpital
CLIPP	Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
FCSII	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
ISQVT	Inventaire systémique de la qualité de vie au travail
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
QVT	Qualité de vie au travail
UQAR	Université du Québec à Rimouski

INTRODUCTION

Alors que l'aménagement des horaires par quarts¹ de travail de 12 heures demeurait une pratique de gestion des services infirmiers encore marginale au début du millénaire, les statistiques les plus récentes disponibles révèlent que ces quarts prolongés concernaient le travail de 59 % des infirmières américaines en 2009 et 41 % de leurs consœurs canadiennes en 2006 (American Nurse Association, 2009; Shields & Wilkins, 2006). La quête de compromis entre les besoins de l'organisation et ceux de l'individu dans les hôpitaux de l'Amérique du nord, actuellement frappés par une pénurie de personnel soignant (Lane, Fernandes Antunes & Kingma, 2009; Nardi & Gyurko, 2013), a donné naissance à un essor de ces horaires par quarts prolongés. Comment concevoir qu'aucune étude québécoise n'ait, à ce jour, examiné ce phénomène auprès des infirmières² en lien avec des indications de santé mentale au travail? Pour répondre à cette insuffisance de connaissances, cette étude se donne pour mandat de comparer la qualité de vie au travail (QVT) des infirmières travaillant par quarts de 8 heures à celle des infirmières travaillant par quarts de 12 heures en milieux hospitaliers québécois. Le tout se veut possible par l'entremise d'un devis de recherche de type descriptif comparatif. De façon originale par rapport aux études antérieures sur le sujet dans le monde, cette recherche s'intéresse individuellement aux personnes soumises à cette pratique de gestion des horaires non traditionnelle. En ce sens, les caractéristiques des infirmières participant à l'étude sont examinées pour déterminer la présence de liens entre celles-ci et leur QVT. Les caractéristiques individuelles des participantes sont l'âge, le sexe, le statut civil, le nombre d'enfants/personnes à la charge, le salaire, le niveau de formation et les études en cours.

¹ L'expression « quart » de travail est utilisée tout au long de cette étude en conformité avec l'Office québécois de la langue française (2013), qui fournit la définition suivante : « Division de la journée de travail dans une organisation dont l'activité est répartie en deux ou trois périodes successives au cours d'une journée ».

² L'utilisation du terme « infirmière » s'effectue au féminin pour alléger la lecture tout au long du document.

Les caractéristiques organisationnelles comprennent l'hôpital où l'infirmière travaille, son secteur d'activité, le fait d'avoir eu le choix de la durée des quarts de travail, le nombre de jours de travail par deux semaines (par période de paye), le nombre d'heures supplémentaires, la fréquence de la prise des pauses et des repas, la plage horaire (par exemple, de jour seulement), et le nombre de jours de congé consécutifs par deux semaines. Ce mémoire comprend la formulation du problème à l'origine de la démarche de recherche, la recension des principaux écrits inhérents au problème, les fondements méthodologiques utilisés pour répondre aux questions de recherche, les résultats obtenus et, finalement, la discussion générale.

CHAPITRE 1

LE PROBLÈME

Ce chapitre présente le problème relatif au manque de connaissances en regard des quarts de 12 heures, ces horaires particuliers souvent implantés par les gestionnaires québécois en substitution aux quarts de 8 heures comme mesure éminente pour tempérer la pénurie de main-d'œuvre infirmière. La problématique présente les données de la situation, le contexte empirique, le contexte théorique, la solution proposée, les résultats escomptés et, finalement, l'énoncé du but et des questions de recherche.

1.1 EXPOSÉ DU SUJET D'ÉTUDE

Traditionnellement dans les hôpitaux, étant donné la responsabilité de fournir des soins de santé à la clientèle de manière continue sur les 24 heures d'une journée, les horaires de travail des infirmières se composaient de quarts de 8 heures, étalés sur trois périodes de la journée. Depuis les années 1980 en Amérique du Nord, l'aménagement des horaires du personnel infirmier s'est complexifié par l'introduction de quarts de travail plus longs que 8 heures (Witkoski Stimpfel, 2011). Aujourd'hui reconnus pour leurs nombreux avantages organisationnels, les quarts de travail de 12 heures redoublent de popularité et sont largement adoptés par les gestionnaires dans les hôpitaux (Lothschuetz Monthomery & Geiger-Brown, 2010). Plusieurs chercheurs en sciences infirmières mettent en évidence des indices que les quarts de travail de 12 heures affectent le personnel individuellement, sur le plan de la qualité de vie au travail (QVT) (Estabrooks et al., 2009). Cependant, avant l'exacerbation de ces horaires prolongés à 12 heures dans les établissements de santé, leurs effets perçus par les infirmières n'ont pas été examinés de manière suffisante (Witkoski Stimpfel, 2011).

1.2 PRÉSENTATION DES DONNÉES DE LA SITUATION

Mondialement dans les quarante dernières années, le recours à l'organisation des horaires des infirmières par quarts de 12 heures dans les centres hospitaliers s'est expliqué par un ensemble de tendances démographiques préoccupantes, regroupées sous l'appellation de « pénurie » (Keller, 2009). Une pénurie est définie par l'existence d'une demande de soins et de services par la population supérieure à l'offre de services assurée par les professionnels de la santé (Montmarquette & Thomas, 2005). Selon l'OMS (Lane et al., 2009), 57 pays subissent ce phénomène dont le Canada, où l'on prévoit une pénurie de 60 000 infirmières en l'an 2022 (Tomblin Murphy, Birch, Alder, MacKenzie, Lethbridge, Little & Cook, 2009). Dans les hôpitaux publics québécois, les hausses de la demande sont en grande partie attribuables au vieillissement de la population tandis que le Québec est, après le Japon, la société qui vieillit le plus rapidement au monde (Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Si, en 2011, les personnes âgées de 65 ans ou plus caractérisaient 16 % de la population québécoise, il est estimé qu'elles en représenteront 26 % en 2031. Une proportion de 58 % de toutes les journées d'hospitalisation au Québec est déjà associée aux soins requis par les personnes de plus de 65 ans (Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). En effet, 81,6 % des Québécois de cette tranche d'âge sont affectés par au moins une maladie chronique (Institut de la statistique du Québec, 2012) et il est reconnu que l'utilisation des services hospitaliers augmente avec le nombre de problèmes de santé chroniques (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). Ces nouvelles demandes dans l'adéquation des services de santé forcent un accroissement de la productivité, de la charge de travail, des heures supplémentaires et de la complexité des tâches de travail de celles qui représentent le plus grand groupe d'employés des hôpitaux : les infirmières (Clarke & Brooks, 2010; Drebit, 2010; Shields & Wilkins, 2006). Déjà en 2006 lors du dernier rapport national sur la santé du personnel infirmier, de nombreuses infirmières québécoises (65 %), plus particulièrement dans les hôpitaux que dans tout autre milieu, disaient travailler souvent durant leurs pauses et terminer plus tard pour mener à bien leurs

tâches (Shields & Wilkins, 2006). Plus récemment, un rapport de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (2011) révélait que les infirmières du secteur public ont effectué 20 627 800 heures supplémentaires en 2010, soit l'équivalent de 11 400 emplois, pour une facture de 891 millions de dollars par année (Gormanns, Lasota, McCracken & Zitikyte, 2011). Les taux les plus élevés d'heures supplémentaires au pays chez le personnel infirmier sont constatés dans la province de Québec (Gormanns et al. 2011). Les gestionnaires éprouvent de fortes préoccupations devant l'évidence que la surutilisation du personnel infirmier et les horaires de travail contraignants favorisent le stress et l'épuisement professionnel, affectent négativement la rétention et l'attraction dans les organisations et contribuent à la détérioration des résultats de soins constatés chez la clientèle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010; Nantsupawat et al., 2011).

Les dysfonctionnements observés à l'intérieur des hôpitaux québécois ne sont malheureusement pas prêts de se dissiper puisque les infirmières n'échappent pas au fléau du vieillissement. En 2013, une infirmière québécoise sur cinq, c'est-à-dire près de 13 000 infirmières, avait atteint l'âge de 55 ans et s'avère dès lors potentiellement admissible à la retraite (OIIQ, 2013). L'une des stratégies suggérée pour améliorer la vie au travail d'infirmières plus âgées et contribuant à les retenir en poste repose sur des arrangements d'horaires flexibles permettant notamment de travailler des semaines plus courtes et de profiter de longues périodes hors-travail (Ineson, 2012). C'est donc dans l'obligation de prendre les moyens raisonnables pour préserver la qualité de vie de la main d'œuvre et la continuité des services à la population vieillissante dans le présent contexte de précarité des ressources que les gestionnaires entreprennent des solutions comme celle d'aménager les horaires par quarts de 12 heures. Cette pratique de gestion prometteuse est toutefois instituée sans que la QVT des infirmières qui subissent la réorganisation n'ait été examinée.

Outre la nécessité de répondre aux exigences de la population, les gestionnaires doivent également répondre aux besoins changeants du personnel dont le bien-être et l'intégrité s'avèrent primordiaux pour le fonctionnement du système de santé. L'article 124 du Code canadien du travail (2012) stipule que l'employeur doit veiller à la protection de

ses employés en matière de sécurité et de santé au travail. Selon la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (2011), une moyenne de 19 200 infirmières du secteur public canadien s'absente du travail à chaque semaine en raison de maladie ou d'invalidité, pour un coût de 711 millions de dollars par an. Soulignons que le taux d'absentéisme au pays relatif au travail infirmier est près de deux fois supérieur au taux moyen des autres professions (FCSII, 2011), qu'il continue constamment d'augmenter (Drebit, 2010) et qu'il dépend en partie des problèmes de santé mentale au travail (Brun et al., 2003). Il est reconnu que la prévention des problèmes de santé mentale chez les travailleurs s'amorce par la préservation d'un niveau satisfaisant de QVT (Dupuis et Martel., 2009; Lavoie-Tremblay, Viens & Mayrand Leclerc, 2008). L'une des stratégies permettant d'optimiser la QVT des infirmières s'avère de leur accorder une certaine latitude dans les décisions liées à l'organisation de leur travail (Lavoie-Tremblay et al., 2008). En ce sens, les infirmières sont de plus en plus impliquées dans l'introduction, et même la revendication, de quarts flexibles et prolongés à 12 heures dans leur secteur de travail. Ces horaires promoteurs d'un meilleur équilibre travail-famille (Estry-Béhar & Van der Geliden, 2012) sont déjà promulgués par la pensée populaire comme une solution miracle pour éliminer le recours aux heures supplémentaires (Nazon, 2011). Cependant, l'aménagement des horaires constitués de quarts de travail longs dans les hôpitaux constitue une pratique de gestion majoritairement récente au Québec et ses effets sur la QVT des infirmières demeurent peu connus.

1.3 CONTEXTE EMPIRIQUE

Tant au niveau mondial (Estabrooks et al., 2009; Witkoski Stimpfel, 2011) que provincial (Nazon, 2010), les écrits scientifiques font foi d'un enthousiasme grandissant pour les horaires par quarts de 12 heures manifesté par les gestionnaires ainsi que par les infirmières, au détriment du modèle traditionnel d'horaires par quarts de 8 heures. Les auteurs ont mis en relief certains effets positifs identifiés par les infirmières qui

expérimentent des quarts de travail longs dans les différents pays du monde et dans divers milieux de soins. Parmi ceux-ci, on dénote la perception d'une plus grande flexibilité de l'horaire (Dwyer, Jamieson, Moxham, Austen & Smith, 2007; McGrettick & O'Neill, 2006; Stone et al., 2006), davantage de congés et de temps en famille (Estryn-Béhar & Van der Geijden, 2012; McGrettick, & O'Neill, 2006; Richardson et al., 2003), une réduction des désavantages liés à la fréquence des déplacements au travail (Richardson, Turnock, Harris, Finley & Carson, 2007), une meilleure continuité des soins (Dwyer et al., 2007; McGrettick & O'Neill, 2006; Richardson et al., 2003; Richardson, 2007) et une communication plus efficace en raison des changements de quarts moins fréquents (Dwyer et al., 2007; Richardson et al., 2003; Richardson et al., 2007). Cependant, il semble que deux écoles de pensées totalement contradictoires se confrontent : l'une voulant que l'augmentation de la durée des quarts de travail engendre des effets positifs pour les infirmières et l'autre mettant davantage en lumière les facteurs de risque qui y sont associés. Ces désavantages comprennent le grand nombre d'heures à passer loin des enfants (et des animaux de compagnie) (Wooten, 2000), une détérioration du travail d'équipe (Estryn-Béhar & Van der Geijden, 2012; Richardson et al., 2007), une plus grande peur de faire des erreurs (Estryn-Béhar & Van der Geijden, 2012) et de l'insatisfaction au travail (Hoffman & Scott, 2003).

La recension des écrits au chapitre 2 précise le constat que les publications sur les effets des quarts de 12 heures en soins infirmiers proviennent d'une diversité de pays autres que le Canada. Au Québec, il n'existe aucune donnée actuelle permettant de savoir qui sont ces infirmières qui s'investissent au travail 12 heures par journée, comment celles-ci perçoivent leur situation et de quelle manière leurs caractéristiques (l'âge, le sexe, le statut civil, le nombre d'enfants, le salaire, le niveau de formation, les études en cours) s'interposent à travers ce mode de vie professionnelle particulier. Se dresse également au chapitre de la recension des écrits un éventail de lacunes méthodologiques non négligeables qui renforcent l'incompréhension des effets des horaires par quarts de 12 heures dans les milieux infirmiers à travers le monde. Il est notamment question des biais d'échantillonnages et de ceux liés à la mesure ainsi que du manque de contrôle des

variables étrangères. À la manière des publications sur le sujet dans l'ensemble des professions (Ferguson & Dawson, 2011), chaque étude recensée dans le domaine infirmier cible comme objet d'investigation un système d'horaire par quarts prolongés distinct et complexe, mais les auteurs ne précisent souvent qu'une seule de ses caractéristiques : la durée des quarts, à savoir, 12 heures. Ainsi, il importe que la présente étude s'intéresse également aux caractéristiques organisationnelles (hôpital, secteur de soins, choix de la durée des quarts, rotations, jours de travail à l'horaire, heures supplémentaires, pauses/repas, plage horaire, jours de congé consécutifs) des infirmières travaillant par quarts de 12 heures en comparaison avec celles travaillant par quarts de 8 heures dans les hôpitaux du système public de santé tel que structuré actuellement au Québec.

1.4 CONTEXTE THÉORIQUE

Dans l'intention de conceptualiser le problème à l'origine de la présente démarche de recherche, il fut nécessaire d'intégrer deux cadres théoriques, soit le modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail (Brun et al., 2003) et le modèle des systèmes de contrôle (Dupuis et al., 2009). Puisque qu'il n'existe qu'un seul cadre de référence reconnu de la QVT des infirmières, celui de O'Brien-Pallas & Baumann (1992), critiqué pour son absence de validation (Brooks, 2001; Hino, 2011) et qualifié d'inconsistant par son auteur même (Baumann, 1995 dans Brooks, 2001), l'emprunt de points d'ancrage théoriques aux domaines de la gestion et de la psychologie est de mise. Le modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail (Brun et al., 2003) compte parmi les cadres de référence qui mettent l'accent sur la responsabilité non seulement de l'individu, mais également de l'organisation dans l'apparition de facteurs de risque et de problèmes de santé mentale au travail. Ce cadre permet d'examiner la dynamique selon laquelle le recours à une *pratique de gestion* donnée par l'organisation provoque, pour les individus qui voient leur travail affecté par cette décision, un *stress* négatif qui se répercute sur les différentes dimensions de sa vie au travail. Ces dimensions, telles que la charge de travail,

l'horaire ou les relations avec les collègues, agissent comme des *facteurs de risque* venant faire obstacle à l'équilibre individuel et organisationnel. Les pratiques de gestion entreprises contribuent donc à prévenir ou à accentuer certains *dysfonctionnements organisationnels* tels que l'absentéisme, et *individuels*, comme la détresse psychologique et l'épuisement professionnel des employés.

Ce cadre de référence permet d'acquérir une compréhension d'un problème infirmier actuel qu'est le recours aux quarts de travail de 12 heures (*pratique de gestion*) dans les hôpitaux, effectué en l'absence de connaissances disponibles (*capacités*) permettant d'appréhender les effets (*dysfonctionnements*) d'une telle pratique. Cependant, l'éventualité où cette pratique de gestion engendrerait un stress positif plutôt que des risques et des dysfonctionnements n'est pas considérée dans le modèle développé par Brun et al. (2003). C'est ici qu'intervient le second cadre de référence, celui de Dupuis et Martel (2009), qui propose une vision positive des effets potentiels des pratiques de gestion à travers le concept de la QVT. Pour les besoins de la présente étude, les *facteurs de risque* seront plutôt appelés *facteurs* et les *dysfonctionnements* deviendront les *effets*. La perception de des facteurs par le travailleur s'appuie sur une démarche bien précise, le système de contrôle (Dupuis et Martel, 2009).

Selon le modèle des systèmes de contrôle de Dupuis et Martel (2009), articulé dans une publication de Dupuis et ses collaborateurs en 1989 (Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy & David, 1989), un stress positif correspond à un état de contrôle alors qu'un stress négatif sous-entend une perte de contrôle. Le contrôle est l'atteinte et le maintien d'une situation désirable, possible par l'entremise d'actions posées dans l'environnement de travail. Les *buts* représentent l'essence des actions du travailleur. L'individu adopte des comportements visant à réduire l'écart perçu entre son *état* actuel et son *but* (ou *situation idéale*), dans chacune des dimensions de sa vie au travail. Il se sent en contrôle par rapport à une dimension lorsque ses actions lui permettent de se rapprocher, selon une *vitesse* plus ou moins rapide, de son but professionnel ou s'il estime avoir atteint la situation idéale (égalité entre la situation actuelle et idéale). En contrôle, l'individu aspire à une QVT

satisfaisante et évite des émotions négatives comme la colère et la frustration. Dans le cas d'une perte de contrôle dans la poursuite de sa situation idéale, la baisse de la QVT peut induire une triade symptomatique qui menace sa santé mentale (Dupuis et al., 1989). C'est sur la base théorique de ce mécanisme de contrôle qu'ont été élaborés par Dupuis et Martel (2009), une définition de la QVT ainsi qu'un instrument de mesure valide de ce même concept, qui exerceront des rôles déterminants dans la phase méthodologique de cette étude. Après avoir formulé une définition opérationnelle qui contourne de nombreuses ambiguïtés conceptuelles, Dupuis et Martel (2009) ont recensé huit dimensions (et 34 sous-dimensions) de la QVT. Il s'agit de la *rémunération*, du *cheminement professionnel*, de l'*horaire de travail*, des *relations avec les collègues*, des *relations avec les supérieurs*, des *caractéristiques de l'environnement*, des *facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche* et du *soutien à l'employé*. Ces mêmes dimensions sont également évoquées dans le schéma adapté du modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail Brun et al. (2003) (voir la figure 2 au chapitre suivant) dans la cellule des *facteurs organisationnels*.

1.5 SOLUTION PROPOSÉE ET RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Cette étude propose donc comme objectif premier de comparer la QVT d'infirmières québécoises qui travaillent par quarts de 12 heures et de 8 heures en milieu hospitalier. La conduite d'une telle étude s'applique à prendre en considération un besoin important, identifié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2005), qu'est celui de s'interroger sur les effets du travail par quarts de 12 heures sur les infirmières. La présente démarche scientifique contribue à la reconnaissance de la gestion comme un domaine de recherche prioritaire en sciences infirmières pour rendre possible la création de leviers décisionnels avisés. Les conclusions qui en émergent pourront servir de référence pour les gestionnaires des hôpitaux du Québec par le fait qu'elles s'intéressent, à l'instar du second objectif de recherche, aux caractéristiques singulières des infirmières québécoises (caractéristiques individuelles telles que l'âge et le sexe) ainsi que des particularités qui

dépeignent leurs milieux de travail (caractéristiques organisationnelles telles que le secteur d'activité dans l'hôpital et le nombre d'heures supplémentaires).

Par l'introduction de quarts de 12 heures dans les hôpitaux, fait-on place au progrès ou, à l'opposé, contribue-t-on à fortifier des dysfonctionnements organisationnels tels que les problèmes de santé mentale au travail et l'absentéisme? Cette recherche permet de porter une réflexion actuelle et inspirante tant pour les décideurs des organisations de santé que pour le personnel infirmier. L'étude encourage la promotion de la QVT dans les processus décisionnels tels que le choix d'aménagement des horaires de travail. Elle permet de dresser un profil de l'état de la QVT des infirmières afin de connaître ce sur quoi l'on devrait travailler pour favoriser une meilleure santé du personnel et, indirectement, des soins de qualité pour la population. Cette étude valorise la reconnaissance de la gestion des services de santé comme un domaine de recherche prioritaire en sciences infirmières.

1.6 BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude descriptive comparative consiste à vérifier l'existence de différences sur le plan de la qualité de vie au travail (QVT) telle que mesurée par l'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT), entre les infirmières québécoises qui travaillent par quarts de 8 heures et de 12 heures dans les hôpitaux et d'examiner les liens entre les caractéristiques (individuelles et organisationnelles) de ces infirmières et leur QVT.

1.7 QUESTIONS DE RECHERCHE

Existe-t-il des différences sur le plan de la QVT telle que mesurée par l'ISQVT, entre les infirmières qui travaillent par quarts de 8 heures et de 12 heures dans les hôpitaux québécois?

Existe-t-il des relations entre les caractéristiques (individuelles et organisationnelles) et la QVT d'infirmières travaillant par quarts de 8 heures dans les hôpitaux québécois?

Existe-t-il des relations entre les caractéristiques (individuelles et organisationnelles) et la QVT d'infirmières travaillant par quarts de 12 heures dans les hôpitaux québécois?

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension des écrits, qui constitue l'objet du second chapitre, permet de dégager le constat que la qualité de vie au travail (QVT) selon la perspective des infirmières, de la même manière que la QVT des travailleurs en général, s'apparente aux notions de productivité/performance organisationnelle, de satisfaction au travail et de qualité de vie générale. Les différentes dimensions de la QVT des infirmières seront abordées suivant la nomenclature de Dupuis et al. (2009). Parmi ces dimensions, celle de *l'horaire de travail* sera décortiquée plus précisément en regard de ses effets potentiels sur les infirmières; effets synthétisés à partir d'un corpus scientifique qui s'est avéré embryonnaire et ambigu sur le plan méthodologique. Le cadre de référence à l'étude ainsi que l'instrument sélectionné pour mesurer la QVT auprès des infirmières seront décrits.

2.1 QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

2.1.1 Historique de la qualité de vie au travail

Le concept de qualité de vie au travail (QVT) prend racine au début du vingtième siècle. Il est évoqué par le sociologue Elton Mayo dans le cadre des études Hawthorne, débutant en 1923 dans une industrie de textiles à Philadelphie, États-Unis. Malgré un paradigme de productivité dominant, une perspective particulière de l'individu au travail en tant qu'humain se dessine, l'individu qui avait été jusque-là étiqueté de simple variable économique. Avant même que l'expression « Qualité de vie au travail » n'ait été utilisée pour la première fois en 1960 par Irving Bluestone chez General Motors (Goode, 1989),

déjà les employeurs entreprenaient certains efforts isolés de bonification des conditions de travail (Brooks & Andreson, 2005; Dupuis & Martel, 2009). Par exemple, le partage des profits dans les compagnies permettait de motiver les employés à demeurer performants. La philosophie d'humanisation des conditions de travail demeure marginale en période d'après-guerre (1950-1960), on peut toutefois constater des initiatives concrètes en matière de QVT dans certains pays industrialisés de l'Europe tels que la Suède, l'Angleterre, le Danemark et la France (Dupuis et Martel, 2009).

Les anciens styles de gestion tayloriens marqués par une faible humanisation des emplois dans les compagnies deviennent controversés dans les années 1970 alors que des pressions se font ressentir pour que l'Amérique suive les tendances de l'Europe (Dupuis & Martel, 2009). Ces années sont fertiles sur le plan de la recherche et des tentatives d'acquiescer une meilleure compréhension du concept de QVT. Au fil du temps, la QVT a été analysée par les auteurs sous différents angles, c'est-à-dire comme 1) une « variable » pour améliorer l'expérience de travail des employés (1969-1972), comme 2) une « approche » pour améliorer les résultats tant pour les individus que pour l'organisation (1969-1975), comme une « méthode » usant de techniques spécifiques d'amélioration de l'environnement de travail (1972-1975), comme 4) un « mouvement » pour rehausser l'efficacité organisationnelle (1975-1980) et comme « tout » ce qui se rapporte aux personnes au travail (à partir de 1979) (Almalki, 2012; Hsu & Kernohan, 2006).

En 1975, Walton fut le premier scientifique à proposer huit dimensions de la QVT : 1) une compensation juste et adéquate, 2) des conditions de travail saines et sécuritaires, 3) l'opportunité de développer ses capacités 4) les possibilités d'avancement et la sécurité d'emploi 5) l'intégration sociale dans l'organisation, 6) le constitutionnalisme dans l'organisation, 7) la vie au travail et 8) la pertinence sociale du travail. Les balises de référence de Walton ont mené à la première étude empirique auprès de travailleurs examinant les facteurs soutenant la QVT (Taylor, 1978). Selon la critique de Seashore (1975), certains items devaient être ajoutés pour tenir compte non seulement des aspects

individuels, mais également de dimensions inhérentes à l'organisation et à la société (Brooks & Anderson, 2005).

2.1.2 Définitions et théories de la QVT

Faute de parvenir à une définition consensuelle de la QVT (Dupuis et al., 2009; Nayeri, 2011), les chercheurs s'entendent au fil du temps sur la vraisemblance d'un construit subjectif et multidimensionnel étroitement lié à la satisfaction au travail (Lawler, 1975; Loscocco & Rochelle, 1991) et à la qualité de vie générale (Dupuis et Martel, 2009). La tendance de plusieurs chercheurs à omettre de définir opérationnellement la QVT avant de la mesurer envenime le corpus scientifique d'ambiguïtés autour du construit (Martel, 2006). Or, en 1990, Elizur & Shye proposent un modèle conceptuel de la QVT agrémenté d'une définition exhaustive. Ce modèle s'articule autour d'un cône dont la base représente la qualité de vie générale, la section médiane symbolise la satisfaction au travail et, finalement, la QVT siège à l'apex de la structure (voir Figure 1). La QVT ne peut se dissocier de ces deux concepts d'où elle origine. Elizur & Shye (1990) ajoutent la dimension culturelle aux dimensions psychologique, physique et sociale déjà admises de la QVT. Quant à la définition, ces auteurs postulent que la QVT réfère à : « l'efficacité de la personne dans ses dimensions psychologique, physique, sociale et culturelle à l'intérieur des différents modes d'interaction avec son environnement de travail (modes conservateur, expressif, adaptatif et intégratif) » (cité dans Delmas, 2001).

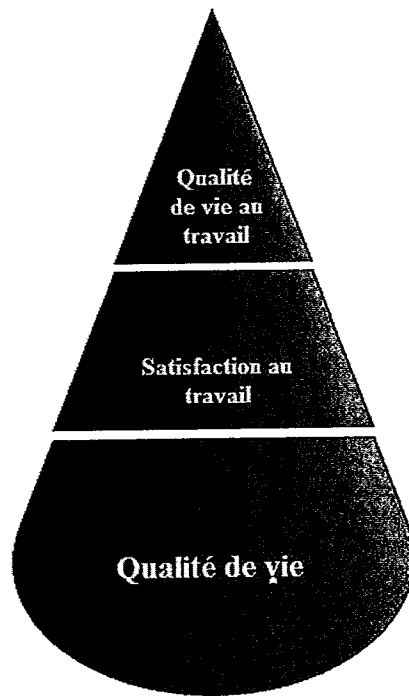


Figure 1 : Modèle conique de la qualité de vie au travail et de la qualité de vie générale. Adaptation par Catherine Hupé (2014) [traduction libre].
Source : Elizur & Shye, 1990.

Malgré ces efforts tangibles de conceptualisation, la QVT demeure difficile à distinguer de ses voisins conceptuels tant par rapport à sa définition que pour sa mesure, laquelle s'appuie depuis longtemps sur plusieurs questionnaires combinés (Dupuis & Martel, 2009). Dans l'optique d'explicitier le lien entre la QVT, la satisfaction au travail et à la qualité de vie générale, il est indiqué de définir les deux derniers concepts, issus du modèle conique d'Elizur & Shye (1990), pour finalement conclure cette section avec la définition de la QVT retenue pour la portion opérationnelle de la présente étude, soit celle de Dupuis et al. (2009).

La satisfaction au travail fait partie intégrante de l'expérience de QVT de la personne en opérant comme une cause de celle-ci plutôt qu'en tant que conséquence (Sheppard, 1975). La satisfaction au travail peut être définie comme un « État affectif résultant de la concordance entre ce qu'un individu s'attend de recevoir de son travail (contenu de la tâche, relations de travail, salaire, occasions de promotions et toute autre condition de travail) et l'évaluation de ce qu'il en reçoit effectivement » (Dion, 1986). Cette définition s'inspire de celle de Locke (1976), qui parle d'une évaluation que l'individu fait de son travail sur le plan émotionnel, de ses attentes et de ce qu'il en retire de ce travail par rapport à ce que celui-ci lui offre. Il existe une opposition entre la satisfaction au travail et l'insatisfaction au travail selon laquelle l'insatisfaction ne constitue pas nécessairement un état négatif qu'il faut nécessairement éviter. En effet, « (...) when employees are dissatisfied with their jobs, they may try to change their current work situation by coming up with new and better ways of doing things: that is the essence of creativity» (Zhou & George, 2001, pp.682). Sous certaines conditions, de la motivation et des comportements positifs se répercutant sur le fonctionnement organisationnel peuvent émerger lorsque les employés sont habités par un certain degré d'insatisfaction. Or, une QVT qui s'abaisse sous un seuil critique peut se répercuter sur la qualité de vie générale du travailleur et s'associer à des problèmes de santé comme la détresse psychologique et l'épuisement professionnel (Dupuis et Martel, 2009). En d'autres mots, ces conditions favorisent les dysfonctionnements organisationnels (Brun et al., 2003).

Le second concept du modèle conique (Elizur & Shye, 1990) à examiner en lien avec la QVT porte sur la qualité de vie générale. Trois paradigmes de la qualité de vie générale se dessinent dans la littérature, explicités par Corten (1998), soit 1) la qualité de vie subjective, 2) la qualité de vie reliée à l'environnement et 3) la qualité de vie reliée à la santé. Lancôt (2011) explique que la recherche a permis d'établir que le fait d'occuper un travail influence positivement la qualité de vie générale de l'individu cependant, il précise que la plupart des études sur le sujet emploient un devis transversal ne permettant pas d'affirmer une relation causale entre le fait de travailler et de bénéficier d'une bonne la qualité de vie générale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité de vie

générale comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (WHOQOL, 1997, p.263). Quelques années auparavant, mais dans un courant de pensée similaire, Dupuis et al. (1989) proposent que la qualité de vie constitue, à un moment donné dans le temps, un « état correspondant au niveau atteint par une personne dans la poursuite de ses buts organisés hiérarchiquement » (p.40). Cette définition de la qualité de vie prend origine sur le modèle des systèmes de contrôle (Dupuis et al., 1989). Ce modèle a inspiré la définition de la QVT du même auteur principal, Gilles Dupuis, et de son collègue au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, Jean-Pierre Martel, qui servira d'encrage opérationnel à la présente étude :

La Qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société (Dupuis et al., 2009, p.27).

Pour ces mêmes auteurs, la satisfaction au travail, le stress au travail et la santé mentale au travail sont tous trois responsables de la QVT dans leur interaction avec les dimensions organisationnelles.

2.2 QVT EN SCIENCES INFIRMIÈRES

Les auteurs du domaine infirmier ont entretenu deux perceptions de la QVT, l'une voulant que celle-ci constitue un processus, et l'autre l'envisageant comme un résultat (Vagharseyyedin, 2011). Ce phénomène, découlant de son caractère multidimensionnel,

génère des difficultés à la définir (Cheung & Tang, 2009). L'appendice A expose l'éventail des dimensions de la QVT propre aux infirmières, inventoriées dans les écrits scientifiques.

Sans surprise, la QVT des infirmières, similairement à la QVT des travailleurs en général, possède également des affinités indéniables avec le construit de satisfaction au travail. Une métaanalyse a révélé que 250 études auprès de populations infirmières font état de la satisfaction au travail en tant qu'indicateur permettant de définir la QVT (Blegen, 1985 dans Delmas, 2001). L'étude corrélationnelle de Cimete, Gencalp et Keskin (2003), conduite auprès d'infirmières d'hôpitaux universitaires de la Turquie ($n = 501$), confirme que le concept de QVT est relié significativement et positivement avec le concept de satisfaction au travail ($r = 0,500$, $p = < 0,01$) dans les domaines environnemental ($r = 0,420$, $p < ,01$) et social ($r = 0,358$, $p = < 0,01$). Pour sa part, à l'occasion d'une étude auprès d'infirmières appuyée conceptuellement sur le modèle de la QVT d'Elizur & Shye (1990), Delmas, Escobar & Duquette (2001) avancent qu'il n'existe probablement, au moment de la publication de leur article, aucune étude sur la QVT qui ne comporte pas systématiquement une mesure de la satisfaction au travail.

Deux modèles théoriques influents permettent de conceptualiser le construit de QVT des infirmières, soit les modèles de O'Brien-Pallas et Baumann (1992) et de Brooks (2001). C'est d'abord en 1990, au dénouement de la dernière pénurie infirmière au Canada, que le gouvernement de l'Ontario édifie une unité de recherche sur la QVT des infirmières, la Quality of Nursing Worklife Research Unit. Les chercheurs de cette unité (O'Brien Pallas' Baumann & Villeneuve, 1994) entrevoient la QVT des infirmières comme « la possibilité, pour les infirmières, de répondre à leurs besoins et objectifs et d'aider leurs patients à atteindre les leurs, tout en respectant la structure des coûts et la qualité que leur prescrit l'établissement de soins » (Baumann et al., 2008, pp.22). L'équipe élabore une structure conceptuelle situant le travail infirmier dans son environnement social et culturel et qui met en lumière l'expérience subjective de la personne en lien avec son contexte socioéconomique (O'Brien-Pallas et Baumann, 1992). Selon ce modèle, deux catégories de facteurs influencent la QVT des infirmières : les facteurs externes (demandes des clients,

politiques de soins et marché du travail) et les facteurs internes (bien-être, milieu organisationnel et milieu de travail). Les résultats des interactions entre ces facteurs s'observent auprès du personnel infirmier ainsi que chez leurs patients sur les mesures de productivité telles que les coûts, la qualité et l'état de la santé de la clientèle. Certains auteurs (Brooks, 2001; Hino, 2011) critiquent le manque de contenu, d'évaluation et de validité du modèle de O'Brien-Pallas & Baumann pourtant largement cité en référence par la population scientifique infirmière des dernières décennies (Baumann, Blythe, O'Brien-Pallas & Butt, 2008; Brooks & Anderson, 2005; Clarke & Brooks, 2010).

Le second cadre conceptuel existant de la QVT des infirmières, globalement basé sur les dimensions de O'Brien-Pallas et al. (1994), a été conçu aux États-Unis par Beth A. Brooks (2001), qui avait comme point de mire le développement d'une échelle de mesure valide de la QVT des infirmières. Teintée par l'influence des théories des systèmes sociotechniques (Davis & Trist, 1974), l'auteure américaine envisage la QVT des infirmières comme le « degré selon lequel les infirmières sont en mesure de satisfaire leurs besoins personnels à travers l'expérience de travail dans l'organisation tout en poursuivant les buts de l'organisation » (p.323) (Brooks & Anderson (2005). Le modèle de Brooks (2001) propose quatre dimensions de la QVT des infirmières, sur la base desquelles un instrument de mesure de la QVT des infirmières a été développé. Les alpha de Chronbach (indice de fidélité) s'élèvent respectivement à 0,56 pour la dimension de vie au travail/vie à la maison, à 0,58 pour la dimension d'organisation du travail, à 0.88 pour la dimension du contexte de travail et, finalement, à 0,49 pour la dimension du monde du travail. Les résultats de cette thèse doctorale font état d'un questionnaire de la QVT des infirmières dont les items s'éloignent de leurs bases théoriques (Brooks, 2001). L'utilisation d'un cadre conceptuel non validé empiriquement, à savoir celui de O'Brien-Pallas et al. (1994), pour appuyer la construction de l'instrument de mesure peut expliquer une validité de contenu et un indice de fidélité insuffisants (Brooks, 2001). Un intérêt marqué pour ce questionnaire s'est tout de même manifesté de la part de chercheurs et d'étudiants gradués de la Grèce, de l'Estonie, du Canada (Ontario et Québec), de l'Inde, de l'Iran, de l'Australie, de la Malaisie, de la Turquie et de Taïwan (Brooks & Clarke, 2010).

2.3 DIMENSIONS DE LA QVT DES INFIRMIÈRES

Il émerge de la présente recension des écrits sur la QVT des infirmières que ce construit s'articule autour de dimensions précises dont la nomenclature fluctue en fonction des auteurs et dans le temps. Cependant, tel que mentionné précédemment, aucun modèle de la QVT en sciences infirmières n'a fait l'objet d'aucune validation de construit. Il est toutefois possible de dresser un répertoire des composantes de la QVT des infirmières autour des huit dimensions de la QVT des travailleurs en général telles que formulées par Dupuis et Martel (2009). Ces dimensions comprennent : 1) la rémunération, 2) le cheminement professionnel, 3) le climat avec les collègues, 4) le climat avec les supérieurs, 5) les caractéristiques de l'environnement, 6) les facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche (charge, autonomie, participation aux décisions, conflits et clarté du rôle), 7) le soutien offert à l'employé et, inmanquablement, 8) l'horaire de travail. Cette dernière dimension d'intérêt sera plus méticuleusement approfondie pour le bénéfice de cette étude. Puisque la satisfaction au travail a été reconnue comme un concept intégré à la QVT et l'influençant très étroitement selon l'ensemble des auteurs cités dans ce chapitre, les connaissances sur la satisfaction au travail comme indication de QVT en lien avec chacune des dimensions seront également proposées.

2.3.1 Rémunération

La première dimension à examiner s'avère la rémunération. En référence aux travaux de plusieurs auteurs (Brooks & Anderson, 2005; Daubermann & Tonete, 2012; Hsu & Kernohan, 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Nayeri & Noghabi, 2011; Vagharseyyedin, 2011), la rémunération s'inscrit comme une des dimensions de la QVT des infirmières. Dans le cadre d'une étude descriptive pour laquelle l'échelle de Brooks & Anderson a permis la mesure de la QVT des infirmières, 95 % des 120 participantes affirmaient que leur salaire était inadéquat (Khani et al., 2008). Des résultats semblables ont été constatés auprès d'infirmières par Nayeri & Noghabi (2011) en Iran, par Wang, Ellenbaker & Liu

(2011) en Chine et par Abualrub (2007) en Jordanie. À l'occasion d'un focus groupe, les infirmières irlandaises ont caractérisé leur salaire de pauvre en comparaison avec celui des autres membres de l'équipe multidisciplinaire, tels que les physiothérapeutes et les thérapeutes occupationnels (Freeney & Tiernan, 2009). En contrepartie, plus de la moitié des infirmières (57 %) d'un échantillon provenant de milieux de soins de courte durée des États-Unis considéraient que leur salaire était adéquat. Par ailleurs, Kover, Brewer, Wu, Cheng et Suzuki (2006) n'ont identifié aucune association entre la paye et la satisfaction au travail d'infirmières américaines. Ces divergences peuvent s'expliquer entre autres par les inégalités des systèmes de salaires des hôpitaux selon les pays, les régions, le régime public ou privé ainsi que par les différents niveaux d'exercice infirmier. Aucune étude récente ne permet de quantifier ou de qualifier le lien entre le salaire des infirmières québécoises et leur QVT.

2.3.2 Cheminement professionnel

Les possibilités d'avancement et de développement dans l'organisation se veulent déterminantes pour définir la QVT des infirmières (Almaiki, 2012; Attridge & Callahan; Khani et al., 2008; Brooks & Anderson 2005; Hsu & Kenhoran, 2006; Knox & Irving, 1997; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Nayeri & Noghabi, 2011). Les résultats des études de Almaiki (2012), de Khani et al. (2008) et de Wang (2011) rendent compte d'une faible satisfaction des infirmières quant aux opportunités d'avancement rattachées à leur domaine professionnel. L'une des raisons majeures conditionnant les intentions des infirmières australiennes de quitter soit leur unité de travail, leur organisation ou le métier réside dans l'incapacité de se développer sur le plan de la carrière (Webster, Flint & Courtney, 2009; Cheung, Bessell & Ellis, 2004). Une proportion d'infirmières canadiennes ayant choisi d'émigrer vers les États-Unis pour poursuivre leur carrière témoignent qu'elles ont été interpellées par le développement professionnel et par des possibilités de spécialisation plus favorables à leur QVT du côté américain (Jones et al., 2012).

2.3.3 Climat avec les collègues

Le climat avec les collègues s'inscrit comme l'une des dimensions de la QVT des infirmières (Almaiki, 2012; Argentero et al., 2007; Attridge & Callahan, 1990; Brooks & Anderson, 2004; Brousseau, 2006; CCHSA, 2004; Daghari & Sharifi Yazdi, 2007; Hsu & Kernohan, 2006; O'Brien-Pallas, 1992; Vagharseyyedin, 2011; Villeneuve et al. 1995; Webster et al., 2009). Les relations avec les collègues constituent l'élément le plus fréquemment cité (79,5 %) comme indicateur de la QVT des travailleurs de la santé de l'étude d'Argentero et al. (2007) en Italie. Le soutien social et une atmosphère amicale entre les collègues influencent positivement la façon dont les infirmières composent avec la tension et les stressors occupationnels (Freeney & Tiernan, 2009) si bien qu'un soutien insuffisant provenant des autres infirmières s'associe significativement à une hausse de la dépersonnalisation, l'une des trois dimensions de l'épuisement professionnel (Sundin, Hochwalder & Lisspers, 2011). Les aspects de travail en équipe, de cohésion entre les collègues incluant les médecins se répercutent également sur la satisfaction et la QVT des infirmières (Cummings et al., 2008; Daubermann & Tonete, 2012; Kovner, Brewer, Wu, Cheng & Suzuki, 2007).

2.3.4 Climat avec les supérieurs

Le climat avec les supérieurs compte parmi les dimensions qui font quasi l'unanimité chez les auteurs intéressés par la QVT des infirmières (Almaiki, 2012; Argentero et al., 2007; Attridge & Callahan, 1990; Brooks & Anderson, 2004; Brousseau, 2006; CCHSA, 2004; Daghari & Sharifi Yazdi, 2007; Hsu & Kernohan, 2006; Knox & Irving, 1997; O'Brien-Pallas, 1992; Vagharseyyedin, 2011; Villeneuve et al. 1995; Webster et al., 2009). Des corrélations significatives et positives ont été significées entre les comportements de caring des gestionnaires et la satisfaction au travail des infirmières ($r = 0,662$, $p = 0,00$) (Longo, 2009) ainsi qu'entre le leadership transformationnel des gestionnaires et la QVT

des infirmières ($r = 0,410$; $p = 0,004$) (Lanteigne Cormier, 2009). Ces résultats s'inscrivent dans la lignée de ceux de Galleta (2011), qui identifie le soutien du supérieur immédiat et de l'administration comme un facteur clé modérateur de la satisfaction au travail et des intentions de quitter l'emploi. Seulement 35 % des infirmières de l'étude de Khani et al. (2008) se sentent respectées par leur gestionnaire alors que 65 % de celles de l'étude de Day (2005) considèrent que l'administration n'écoute pas ou ne répond pas à leurs idées et préoccupations. Gormley (2011), qui prétend que « Managers and staff nurses are not on the same page in perceptions of work environment » (33), conclut de son étude transversale conduite aux États-Unis ($n = 336$) que les infirmières gestionnaires devraient mieux connaître les facteurs qui affectent le personnel infirmier de proximité. Dans un rapport de 2010 portant sur le lien entre la QVT du personnel infirmier et la qualité des soins, Agrément Canada identifie la communication à travers l'organisation comme l'un des aspects de l'environnement de travail les moins satisfaisants à l'effet duquel les dirigeants sont fortement conviés à identifier des avenues d'amélioration (Accreditation Canada, 2010).

2.3.5 Caractéristiques de l'environnement

La QVT des infirmières dépend également de certaines caractéristiques de l'environnement à l'égard des lieux physiques, de l'équipement et du personnel disponible sur place (Argentero et al., 2007; Attridge & Callahan, 1990; Brooks & Anderson, 2005; Brousseau, 2006; O'Brien-Pallas, 1992; Villeneuve et al., 1995). En effet, les infirmières ayant participé à un focus groupe sur la QVT (Daubermann, 2012) ont signifié le besoin que les ressources humaines, matérielles et environnementales soient disponibles de façon suffisante. Gruses et al. (2009) rapportent que les infirmières sont confrontées à un nombre considérable de contraintes qui contribuent à potentialiser leur charge de travail, leur stress, leur fatigue et à diminuer leur QVT. Ces facteurs comprennent un pauvre environnement physique, des aires d'équipements désorganisées, des délais d'attente pour recevoir les

médicaments de la pharmacie, des configurations inadéquates d'espace de travail, des transferts inappropriés, et des chambres de patients mal approvisionnées en matériel.

2.3.6 Facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche

L'une des huit dimensions de la QVT selon Dupuis et al. (2009) est constituée des *facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche*. Puisque ce terme s'avère imprécis, chacune des sous-dimensions associées à cette dimension seront décrites en lien avec les écrits recensés sur le sujet. Il sera question de l'*autonomie*, de la *charge de travail*, de la *participation aux prises de décision*, de la *clarté du rôle* et des *conflits de rôle*.

Autonomie

Les auteurs soutiennent majoritairement que l'autonomie constitue l'une des sous-dimensions de la QVT des infirmières (Almalki, 2012; Brousseau, 2006; Daubermann & Tonete, 2012; Hsu & Kernohan; Knox & Irving, 1997; Nayeri, 2011; Vagharseyyedin, 2011; Villeneuve et al. 1995). Iliopoulou & While (2010) ont conduit une étude auprès d'infirmières de milieux de soins critiques dans les hôpitaux de la Grèce ($n = 431$) dont les résultats mettent en évidence une corrélation modérée, positive et significative entre l'autonomie professionnelle et la satisfaction au travail ($r = 0,331, p < 0,001$). Un groupe de chercheurs européens (Albarran et al., 2013) ont constaté que la fréquence des épisodes de détresse morale des infirmières ainsi que l'intensité de ces épisodes étaient inversement associées aux scores d'autonomie ($r = -0,247, p = 0,01$). Lors d'un compte-rendu d'enquête d'envergure nationale, Graham, Davies, Woodend, Simpson & Mantha (2011) formulent une nuance à l'effet que l'autonomie peut exercer une influence négative sur la satisfaction au travail des infirmières canadiennes lorsque cette autonomie s'exerce en interaction avec une surcharge de travail.

Charge de travail

La charge de travail physique et psychologique perçue par les infirmières contribue à définir leur niveau de QVT (Brooks & Anderson, 2005; Nayeri, 2001; Vagharseyyedin, 2011; Villeneuve et al., 1995). Des indices de surcharge de travail dans le domaine infirmier sont saisissables dans les écrits en provenance de tous les pays du monde. Du côté des États-Unis, 67 % des infirmières travaillant en soins de courte durée et ayant participé à une étude quantitative sur la QVT (Brooks & Anderson, 2004) qualifiaient de trop lourde leur charge de travail, 59 % ont affirmé que le nombre d'infirmières en poste sur leur unité est insuffisant et seulement 47 % de ces infirmières percevait qu'elles disposaient de suffisamment de temps pour bien accomplir leur travail. En Australie et en Iran, des infirmières questionnées sur leur travail ont fait mention, à plus de 80 %, de conditions extrêmement ou plutôt oppressantes émotionnellement ainsi que d'une lourdeur trop importante de la charge de travail (Hegney, Plank & Parker, 2006; Khani, 2008). Au Canada, l'analyse de la dernière enquête nationale sur la santé et les conditions de travail du personnel infirmier confirme une corrélation négative entre la charge de travail et la satisfaction au travail; au rythme où lorsque la charge augmente, la satisfaction au travail de l'infirmière s'amointrit (Graham et al., 2011). Afin d'expliquer les hausses de charge de travail des infirmières, les auteurs citent des pratiques de dotation inadéquates en personnel, la complexité des problèmes de santé des patients (Kohler, 2010) et un manque de collaboration entre les membres de l'équipe (Dubermann & Tonete, 2012).

Participation aux prises de décisions

La participation aux prises de décisions s'ajoute aux sous-dimensions de la QVT des infirmières (Almaiki, 2012; Attridge & Callahan, 1990; Brousseau, 2006; CCHSA, 2004; Cormier Lanteigne, 2009; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Vagharseyyedin, 2011; Villeneuve et al., 1995). Dans son rapport de 2010 portant sur la QVT et à la qualité des soins dans les organisations de santé au Canada, Agrément Canada identifie la participation des employés au processus de prise de décision comme l'un des aspects du milieu travail les moins satisfaisants à l'égard duquel il est indiqué de viser l'amélioration (Agrément Canada,

2010). Des chercheurs québécois du domaine infirmier (Lavoie-Tremblay et al., 2008) ont constitué un cadre de référence pour l'optimisation de la QVT basé sur les travaux de Karasek et Theorell (1990), de Kristensen (1990) et de Siegrist (1996). Tel que dicté par ce modèle, la latitude décisionnelle constitue un élément clé pour tempérer les risques engendrés par la tension au travail sur la santé du personnel. À titre d'exemple de stratégies de prévention primaires axées sur la QVT, les auteurs (Lavoie-Tremblay, Viens & Mayrand Leclerc, 2009) proposent des initiatives de participation aux réunions où sont prises des décisions ainsi que l'instauration d'horaires autogérés et flexibles.

Clarté et conflits de rôle

La clarté et les conflits de rôles contribuent à définir la QVT des infirmières (Brooks & Anderson, 2005; CCHSA, 2004; Knox & Irving, 1997; O'Brien-Pallas, 1992; Villeneuve et al., 1995). En effet, dans la quête d'une QVT favorable et pour prévenir l'épuisement émotionnel des infirmières, les rôles des différents acteurs devraient être clairs de manière à ne pas entrer en conflits (Dasgupta, 2012; Lanteigne-Cormier, 2009).

2.3.7 Soutien offert à l'employé

La QVT des infirmières comporte une dimension associée au soutien reçu de l'organisation. La vie au travail peut, en effet, peut se trouver facilitée par le fait de pouvoir accéder à certains services tels qu'une garderie, un stationnement, une cafétéria, des ressources comme un syndicat et un programme d'aide aux employés (Almaiki, 2012; Attridge & Callahan, 1990; Brooks & Anderson, 2004; Hsu & Kenorhan, 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2008; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992; Webster et al., 2009).

2.3.8 L'horaire de travail

Les horaires des infirmières et leurs heures de travail jouent un rôle dans la détermination de leur niveau de QVT (Almaiki, 2012; Attridge & Callahan, 1990; Brooks & Anderson, 2005; Gruses, Carayon & Wall, 2009; Hsu & Kernohan, 2006; Nayeri, 2011; O'Brien-Pallas, 1992; Vagharseyyedin, 2011; Villeneuve et al., 1995). Plusieurs auteurs du domaine infirmier envisagent cette dimension de la QVT sous l'optique de l'équilibre entre le travail et la vie personnelle et familiale (Almaiki, 2012; Hsu & Kernohan, 2006; Khani et al., 2008), tandis que les besoins et demandes d'un des deux domaines, à savoir la vie au travail et la vie à la maison, ne devraient pas empêcher de satisfaire aux demandes de l'autre (Thanacoody, et al., 2009) puisque la présence d'un conflit entre ces deux domaines génère de l'insatisfaction (Almaiki, 2012). Un groupe d'infirmières danoises appelées à tester un système d'horaire par quarts rotatifs selon lequel chaque employée détenait l'opportunité de structurer son propre horaire ont vécu des hausses significatives de leur satisfaction au travail et de leur capacité à équilibrer leur vie au travail avec la vie de famille (Pryce, Albertsen & Nielsen, 2006).

2.4 HORAIRE PAR QUARTS DE 12 HEURES : EFFETS RECENSÉS

Puisque la dimension de l'horaire de travail intéresse particulièrement la présente étude, celle-ci sera examinée en détail quant aux effets documentés internationalement des quarts de 12 heures selon les différents auteurs ayant étudié le phénomène auprès d'infirmières.

Depuis quelques années, le monde du travail assiste à une volonté d'extension de la durée de l'horaire par quarts à 12 heures consécutives. Le domaine infirmier ne fait pas exception puisque ces horaires prolongés caractérisaient, en 2006, le travail de 51,5 % des infirmières américaines (Trinkoff et al., 2006) et de 41 % de leurs consœurs canadiennes (Shields, 2006). Les horaires par quarts de 12 heures chez les infirmières ont fait l'objet de

plusieurs études dont une quinzaine, publiées en français ou en anglais entre 2000 et 2013, ces études ont été examinées dans les circonstances de la présente recension des écrits. Le tableau apposé en Appendice B permet de visualiser les résultats des principales études ayant, comme le veut cette recherche, établi des comparaisons entre les deux types de durée de quarts de travail des infirmières, soit de 8 heures et de 12 heures. Il est possible de distinguer que ces deux types d'aménagement d'horaires détiennent de façon équivalente des avantages et des inconvénients tant pour l'individu que pour l'organisation.

2.4.1 Effets des quarts de 12 heures sur le plan individuel

Sur le plan individuel, plusieurs auteurs se positionnent à l'effet que l'horaire par quarts de 12 heures prodiguerait de meilleurs niveaux de satisfaction au travail des infirmières (Bloodworth, 2001; Stone et al., 2006), de satisfaction en regard de l'horaire (Estryn-Béhar et al., 2012; McGrettick & O'Neill, 2006; Stone et al., 2006; Wooten, 2000) et de qualité de vie générale (Barrau-Baumstarck, Rebeschini, Dalivoust, Durand-Bruguerolle, Gazazian & Martin, 2009). Toutefois, à l'issue d'une étude transversale auprès de 500 infirmières américaines, Hoffman & Scott (2003) émettent des réserves quant à la satisfaction au travail en lien avec ce type d'horaire qui se rattacherait potentiellement à une recrudescence du stress chez les infirmières. Witkoski Stimpfel (2011) fait la lumière sur certains dysfonctionnements associés au travail d'une durée de ≥ 12 heures, comme des hausses d'insatisfaction au travail chez les infirmières, des cas d'épuisement professionnel et une intention renforcée de quitter l'emploi.

Les infirmières travaillant par quarts de 12 heures en remplacement des quarts conventionnels de 8 heures constatent une diminution des conflits travail-famille (Estryn-Béhar, 2012), une meilleure qualité du temps hors travail (Richardson et al., 2007) pouvant s'expliquer par des jours de congé plus nombreux (Richardson et al., 2003; Wooten, 2000), des fins de semaine de congé plus fréquentes (Estryn-Béhar, 2012), et, globalement, davantage de temps à la maison (McGretticks & O'Neill, 2006). Or, une étude qualitative

menée auprès d'infirmières dans une unité de soins intensifs suite à l'introduction d'un système d'horaire par quarts de 12 heures fait la lumière sur un risque d'altération des rôles familiaux suite à une telle réorganisation des horaires. Ces infirmières ($n = 20$) déplorent les longues périodes en dehors de la maison au cours desquelles elles ne peuvent pas être présentes pour leurs enfants et leurs animaux de compagnie. Elles se retrouvent plus longtemps durant leur quart de travail en présence de leurs patients, une circonstance qui leur permet de dispenser une plus grande quantité de soins (Wooten, 2000). L'étude ne permet pas de préciser les conséquences de cette hausse de la charge de travail. De plus, les infirmières travaillant selon des quarts plus longs constatent une facilitation de leurs déplacements entre la maison et le travail, une réduction des coûts de transport (Richardson et al., 2007), mais une hausse du risque de somnolence au volant et d'accident de voiture (Dean, Dinges, Hwang, Nysse, Rogers & Scott, 2007; Lockley et al., 2007).

Il apparaît que les infirmières travaillant par quarts de 12 heures peuvent jouir de davantage de possibilités de développer des amitiés et de bonnes relations de travail, de consolider le travail en équipe ainsi que d'obtenir plus de soutien des collègues (Dwyer, 2007; Wooten, 2000). Certains auteurs ont cependant constaté l'opposé, soit une détérioration du travail en équipe chez les infirmières (Estryn-Béhar, 2012; Richardson et al., 2007), celles-ci se plaignant de devoir travailler trop fréquemment avec certains collègues et pas assez souvent avec d'autres (Wooten, 2000). Après l'implantation de leurs nouveaux horaires prolongés, des infirmières questionnées quant à leur environnement physique de travail remarquent une atmosphère plus calme, moins sous-pression et peu bruyante (Wooten, 2000).

En étant plus fréquemment présentes au chevet du patient (Bloodsworth, 2001; Dwyer et al., 2007; Richardson et al., 2007; Wooten, 2000), les infirmières qui travaillent par quarts de 12 heures entretiennent une communication et une relation thérapeutique plus solide avec les patients et elles sont en mesure de porter une attention particulière à leur propre condition de vie (Dwyer et al., 2007; Richardson et al., 2007). Les infirmières peuvent également s'adonner à davantage d'interventions de promotion de la santé et de

planification du congé (Wooten, 2000). Elles estiment mieux connaître leur patient et parvenir à identifier plus facilement les nouvelles anomalies chez ces derniers (Dwyer et al., 2007; Richardson et al., 2007). Les infirmières travaillant par quarts de 12 heures perçoivent une amélioration de la communication tant dans les périodes de changements de quarts (Richardson et al., 2003; Dwyer et al., 2007) que dans la réalisation des notes documentaires (Bloodworth, 2001; Dwyer et al., 2007; Richardson et al., 2007). Selon Richardson et al. (2007) les infirmières sont davantage satisfaites du temps disponible pour les changements de quarts ainsi que de la qualité des relais entre le personnel des différents quarts (Richardson et al., 2007). Cette opinion ne s'avère pas partagée par Estryn-Béhar et ses collaborateurs (2012), qui ont piloté une étude à l'endroit de près de 26 000 infirmières européennes ayant démontré que le personnel de nuit qui travaille 12 heures consécutives se retrouve plus souvent insatisfait des changements de quarts que celui qui dont l'horaire se compose de 8 heures.

2.4.2 Effets des quarts de 12 heures sur le plan organisationnel

D'un point de vue organisationnel, des hausses des niveaux de rétention et de recrutement du personnel infirmier ont été associées à l'introduction d'horaires prolongés dans les unités de soins (Dwyer et al., 2007; McGrettick & O'Neill, 2006; Richardson et al., 2003). Un nombre moins important d'employés par quart est nécessaire sur le plancher au cours d'une journée dans un système d'horaires de 12 heures que de 8 heures (Richardson et al., 2003). Cela favorise la planification des services et réduit le recours aux agences privées de recrutement (Bloodworth, 2001; Richardson et al., 2003). Une seule recherche confirme une baisse significative du temps supplémentaire, celle de Rogers et al. (2004), conduite auprès d'infirmières américaines ($n = 393$).

Les auteurs adoptent des opinions divergentes quant à la qualité des soins dans les unités de soins et les organisations dont les horaires sont aménagés par quarts de 12 heures. Cinq articles de recherches exposent le constat d'améliorations de la qualité des soins

(Dwyer et al., 2007; Estryn-Béhar & Van der Glieden, 2012; McGrettick & O'Neill, 2006; Richardson et al., 2003; Wooten, 2000) alors que trois autres publications font état de détériorations de la qualité des soins associée aux quarts de 12.5 heures ou plus (Lockley et al., 2007; Rogers et al., 2004; Scott et al., 2006). Certaines infirmières disposant d'horaires par quarts de 12 heures entretiennent la peur de faire des erreurs (Estryn-Béhar & Van Der Geijden, 2012) puisqu'elles perçoivent une baisse de leur vigilance (Scott et al., 2006). En effet, la dispensation de soins aux patients selon ce type d'horaires est associée à une hausse des erreurs et des quasi-erreurs (Lockley et al., 2007; Rogers et al., 2004; Scott et al., 2006; Wilkins & Shields, 2008), des blessures chez les patients et des blessures par aiguille chez les infirmières (Lockley et al., 2007; Trinkoff, Le, Geiger-Brown & Lipscomb, 2007). À l'occasion d'une étude canadienne publiée en 2008, des auteurs attestent que le fait de travailler habituellement selon des quarts de 12 heures dans les hôpitaux, par opposition à des quarts plus courts, était inversement proportionnel aux erreurs de médicament commises par les infirmières (Wilkins & Shields, 2008).

La majorité des participants (75 %) d'une étude descriptive australienne menée dans une unité de soins intensifs se disent en accord ou fortement en accord avec le fait que les quarts prolongés à 12 heures améliorent la continuité des soins (Dwyer et al., 2007). Quatre auteurs ou groupe d'auteurs (Bloodworth, 2001; McGrettick & O'Neill, 2006; Richardson et al., 2003; Richardson et al., 2007) ont signifié les mêmes constatations alors qu'une seule étude recensée mentionne une détérioration de la continuité des soins (Wooten, 2000). En ce qui concerne la planification des soins, les auteurs maintiennent que celle-ci se voit améliorée dans le cas des quarts de travail de 12 heures en comparaison aux quarts de 8 heures (McGrettick & O'Neill, 2006; Richardson et al., 2003; Richardson et al., 2007; Wooten, 2000) et les patients recevraient davantage leurs médicaments à l'heure prévue (Wooten, 2000). Dans une orientation opposée, Witkoski Stimpfel (2011) fait état de patients qui bénéficient d'une pauvre communication avec leur infirmière par quarts de 12 heures, de mauvaises explications de la médication, d'un contrôle difficile de la douleur et d'une incapacité à recevoir de l'aide au moment opportun.

2.4.3 Limites des études sur les quarts de 12 heures chez les infirmières

L'analyse critique des écrits sur les effets des horaires par quarts de 12 heures sur la QVT des infirmières établit que des limites méthodologiques affectent les possibilités de généralisation à la population infirmière québécoise. De nombreuses variables ignorées par les chercheurs influencent significativement les résultats quant aux effets de cette pratique de gestion sur la QVT des infirmières. D'abord, soulignons que les auteurs ne précisent aucunement les caractéristiques du système de travail par quart en place, outre, bien entendu, sa durée. Par exemple, l'association ou non avec des rotations et/ou avec des heures supplémentaires est rarement spécifiée, il en est ainsi pour plusieurs facteurs pourtant déterminants comme le nombre de jours de congé consécutifs et la capacité de choisir la durée de ses quarts. Les études ont été pour la plupart conduites dans des unités de soins isolées et/ou spécialisées, souvent auprès de très petits échantillons (Bloodworth et al., 2001; Dwyer et al., 2007; McGretticks et al., 2006; Richardson et al., 2003; Wooten, 2000). Aucune étude longitudinale n'a été recensée et des mesures, recueillies à partir de questionnaires non validés (Estabrooks et al., 2009), sont effectuées auprès des infirmières très rapidement après l'introduction des quarts de 12 heures (Dwyer et al., 2007; Wooten, 2000) ce qui peut influencer la validité des résultats.

L'un des aspects à considérer quant aux études existantes sur les effets du travail par quarts de 12 heures sur les infirmières sur la QVT s'avère qu'elles ciblent généralement des populations américaines ou européennes. Aussi, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus mondial sur la signification du terme « infirmière », si bien que les rôles et les responsabilités des dénommées « infirmières » varient d'un pays à l'autre; donc d'une étude à l'autre. Il demeure fréquent que différentes catégories de soignants soient regroupées sous cette désignation professionnelle. Dans le cadre d'une recension critique des écrits, Ferguson & Dawson (2011) questionnent toute possibilité d'établir des conclusions générales sur les effets de la durée des quarts de travail, notamment puisque les caractéristiques démographiques des travailleurs, propres à chaque contexte et à chaque profession, affectent de manière trop importante la généralisation. Ces constatations

appuient la pertinence d'une étude qui prend en compte ces caractéristiques individuelles et qui cible proprement et exclusivement les infirmières autorisées, détentrices d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

2.5 LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Comme toile fond, cette étude s'appuie principalement sur le modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail (Brun et al, 2003). Or, puisqu'il fournit une perspective davantage axée sur les risques du stress sur la santé mentale au travail, cette recherche réfère également à l'approche des systèmes de contrôle de Dupuis et al. (1989) qui permet de concevoir le problème sous l'angle de la qualité de vie au travail, qui s'avère une conséquence positive possible des pratiques de gestion. Cette approche permet de définir opérationnellement la QVT ainsi que chacune des dimensions et sous-dimensions de l'instrument de collecte des données utilisé dans cette étude, soit l'ISQVT.

2.5.1 Modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail

D'abord, les dix concepts suivants sont identifiés dans le modèle original de Brun et al. (2003) comme pouvant intervenir dans le processus de stress et l'apparition de problèmes de santé mentale au travail : les capacités organisationnelles et individuelles, les dispositions organisationnelles et individuelles, les pratiques de gestion, les pratiques de travail, les facteurs de risque individuels et organisationnels ainsi que les dysfonctionnements organisationnels et individuels. En effet, le modèle permet de comprendre le procédé par lequel les *capacités* dans une organisation, telles que les ressources professionnelles et financières disponibles, ainsi que certaines *dispositions*, par exemple, l'information dont dispose un gestionnaire, influencent les pratiques de gestion qui seront privilégiées. Une *pratique de gestion* donnée, prenons ici l'exemple de

l'implantation d'un système d'horaire par quarts de 12 heures, qui conditionne les *pratiques de travail* du personnel et influence également certains *facteurs de risque* organisationnels et individuels, comme la charge de travail. Les facteurs de risque, qui constituent des sources de stress, se répercutent sur les dysfonctionnements constatés dans l'organisation. L'épuisement du personnel et l'absentéisme constituent des exemples de dysfonctionnements, l'un organisationnel et l'autre individuel, envers lesquels des interventions de prévention peuvent être entreprises.

Les facteurs de risque organisationnels du modèle original de Brun et al. (2003) équivalent aux dimensions de la QVT de Dupuis et al. (2009) mais vus dans une optique plutôt négative, où ces facteurs génèrent nécessairement un stress menaçant pour la santé mentale du travailleur. Par exemple, les concepts de charge de travail, d'autonomie et de relations avec les collègues (Dupuis et al., 2009) sont formulées, dans la perspective de Brun et al. (2003) sous les appellations de surcharge, de faible autonomie et de conflits. Toutefois, on peut espérer que le vécu du travailleur ne débouche pas nécessairement sur l'apparition de dysfonctionnements et de problèmes de santé mentale au travail, et que des conséquences positives de santé peuvent survenir. La santé mentale au travail devrait être définie par autre chose que seulement son aspect pathologique, à savoir les problèmes d'épuisement professionnel et de détresse psychologique. C'est ici que le concept de QVT entre en jeu. Un second cadre de référence, soit l'approche des systèmes de contrôle (Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy & David, 1989), s'impose pour permettre cette vision plus positive du problème, axée sur la santé, en plus de fournir une définition opérationnelle et une mesure fidèle de la QVT (Dupuis et al., 2009).

2.5.2 Modèle des systèmes de contrôle

Dupuis et al. (2009) proposent un cadre théorique soutenant le développement de la QVT qui fait appel aux notions de but, de contrôle, de boucles de rétroaction et d'organisation hiérarchique. Ce modèle s'articule autour de l'idée que les comportements

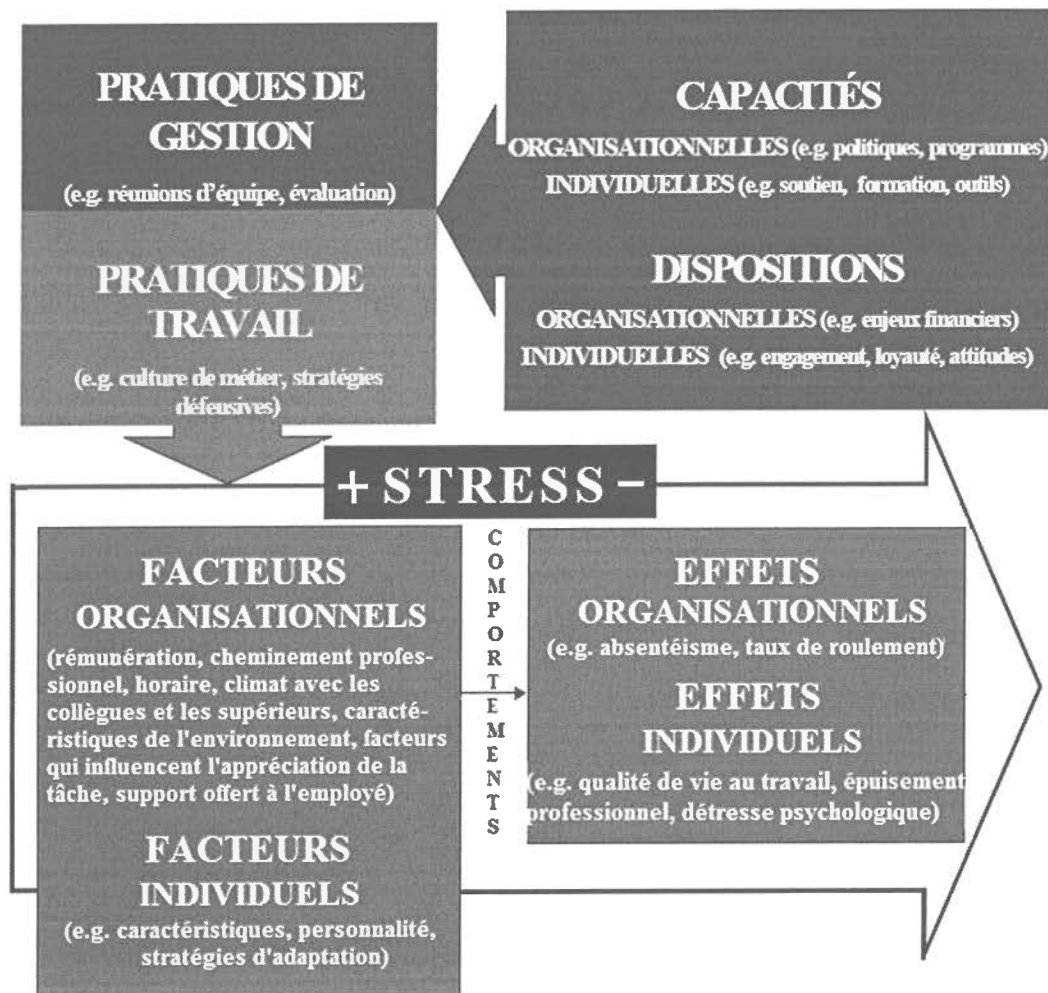
au travail sont conditionnés par la poursuite des buts de l'individu dans chacune des dimensions de sa vie au travail afin de se rapprocher le plus possible d'une situation dans laquelle il se sent heureux (Dupuis et al., 1989). En effet, dans un tel système de contrôle, le travailleur perçoit sa situation actuelle (*état*) et sa situation idéale (*but*) et met en comparaison ces deux situations. Il prend alors conscience qu'il y a, soit égalité entre les deux situations, alimentant ainsi des sentiments de satisfaction, soit qu'un écart existe, risquant de lui faire vivre un certain degré de frustration et de colère. Plus cet écart est grand, plus le travailleur subira les conséquences d'un manque de contrôle. Une boucle de rétroaction négative (processus de diminution de l'écart) s'installe si les efforts effectués pour réduire l'écart font sentir à la personne qu'elle se rapproche effectivement de son idéal. À l'opposé, la boucle de rétroaction sera qualifiée de positive (processus d'accroissement de l'écart) si les comportements posés par le travailleur dans sa quête d'une situation satisfaisante lui donnent l'impression décourageante qu'en réalité, il s'en éloigne. Cette perte de contrôle peut s'expliquer par des efforts soutenus déployés pour atteindre, dans un court laps de temps, un but qui aurait été fixé trop haut par l'individu, ou peut découler de conflits dans la poursuite des buts causés par certaines contraintes du milieu de travail. Il est également possible qu'un écart soit associé au fait que la situation actuelle dépasse les attentes de la personne (ex. posséder trop d'autonomie au travail). Les effets d'une rétroaction positive qui se prolongerait sur une longue période se manifestent par une triade symptomatique menaçant la santé mentale au travail. L'individu peut alors souffrir d'épuisement professionnel ou de détresse psychologique. Enfin, le niveau de la qualité de vie est conditionné par l'importance que l'individu attribue à chaque dimension de sa vie au travail, d'où la notion d'organisation hiérarchique des buts (Dupuis et al., 1989). Cette notion stipule que l'effet d'un écart perçu dans une dimension de vie au travail très important pour la personne se répercutera plus fortement sur sa QVT que l'effet d'un écart dans une dimension de vie moins important pour elle. Les fondements théoriques qui viennent d'être décrits ont permis la formulation d'une définition exhaustive de la QVT. Afin de parvenir à une mesure valide du concept multidimensionnel de la QVT globale, 34 composantes distinctes de la vie au travail doivent être évaluées selon l'approche des

systèmes de contrôle par le travailleur; celles-ci sont énumérées au chapitre de la méthode (chapitre 3).

2.5.3 Cadre de référence adopté pour la présente étude : intégration du modèle de Dupuis et al. (2009) au modèle de Brun et al. (2003)

Du fait qu'aucun cadre de référence unique ne permette de saisir toute la complexité du présent problème de gestion des services infirmiers, il a été nécessaire de constituer un nouveau cadre de référence découlant des deux modèles provenant des domaines des sciences de l'administration et de la psychologie détaillés précédemment. D'abord, le modèle psychosocio-organisationnel de la santé mentale au travail de Brun et al. (2003) apporte une compréhension globale de l'effet des pratiques de gestion dans le procédé d'apparition des problématiques de santé mentale au travail, mais fait abstraction de l'une des composantes primordiales de ce concept : la QVT. L'ajout de références à la QVT favorise une perspective positive de la santé mentale au travail, axée sur la santé plutôt que sur la maladie. En effet, la QVT constitue une indication positive de la santé mentale au travail interpellant à la fois à la prévention et la promotion de la santé, contrairement à la détresse psychologique et à l'épuisement professionnel, qui mettent purement l'emphasis sur l'aspect pathologique sur lequel on ne peut intervenir qu'à un niveau tertiaire (rétablissement). Dans cet ordre de pensée, les termes à connotation négative *facteur de risque* et *dysfonctionnements* ont été remplacés par *facteurs* et *effets* dans le cadre de référence élaboré pour la présente étude (figure 2). Puisque les *facteurs organisationnels* tirés du modèle de Brun et al. (2003) équivalent, sur le plan conceptuel, aux dimensions de la qualité de vie au travail de Dupuis et al. (2009) qui sont le noyau de la présente démarche scientifique, ces huit dimensions ont été énumérées intégralement.

Figure 2 : Modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale et de la QVT au travail.
Adaptation par Catherine Hupé (2014).



2.6 MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

La mesure de la qualité de vie au travail est possible, dans cette étude, par l'entremise de l'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT) de Dupuis et al. (2009). Cet instrument a été conçu selon les balises théoriques du modèle des systèmes de contrôle, également de Dupuis et al. (2009).

2.6.1 Inventaire systématique de la qualité de vie au travail (ISQVT)

Les lignes suivantes décrivent les étapes réalisées à l'aide de l'ISQVT pour générer les scores d'*écarts*, qui correspondent aux résultats de QVT obtenus par les participantes de l'étude. L'ISQVT (Dupuis et al., 2009) est un questionnaire autoadministré et informatisé qui comporte 34 sous-dimensions desquelles découlent les 34 questions. Ce questionnaire est présenté à l'appendice C. Avant tout, précisons qu'une personne parfaitement heureuse dans un aspect de sa vie au travail obtiendra un *écart* de 0 pour la sous-dimension en question. Autrement, plus l'écart augmente, plus le travailleur vit de l'insatisfaction.

La première étape pour le participant consiste à identifier sa situation idéale (score de *but*) par rapport à la question posée (sous-dimension) sur un cadran circulaire (figure 3), puis, il situe un second point de référence correspondant à la situation actuellement vécue en référence à cette situation idéale. Plus le nombre de degrés s'élève sur le cadran entre la situation actuelle (*état*) et la situation idéale (*but*), plus on peut s'attendre à une faible QVT.

Revenu (salaire, commission, pourboire, etc)

→ Situation Idéale: être parfaitement heureux(se) dans ce domaine

Pire situation possible (éloignement maximal)

Situation Idéale

Situation actuelle :

Situation désirée :

Vitesse de rapprochement

Vitesse d'éloignement

Situation idéale

Pas de changement

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Figure 3 : Exemple de question de l'ISQVT.

Source : www.qualitedevie.uqam.ca

Tel qu'illustré à la figure 4, l'espace du cercle est divisé en treize afin d'obtenir un nombre de degrés respectif pour chaque secteur. Le nombre de degrés contenu dans chaque secteur est divisé de manière à créer une échelle de 0-100. Considérant le postulat qu'il est plus facile de différencier des états subjectifs quand les choses vont bien que lorsque les choses vont mal, il est possible de remarquer que davantage de secteurs sont disposés au début du cercle que dans la seconde moitié du cercle. C'est le même principe qui fait qu'il est plus facile de faire la distinction entre un poids de 1 kg et de 2 kg qu'entre un poids de 40 kg et 41 kg. Dans certaines circonstances, il se peut que la situation actuelle dépasse ce que la personne désirerait vivre, cela engendre un score négatif. Par exemple, une participante de cette étude a obtenu un écart totalisant -28,31 à la sous-dimension de la Participation aux prises de décisions (n° 7.4). Celle-ci perçoit donc qu'elle est contrainte de participer trop fortement aux prises de décisions par rapport à ce qu'elle souhaiterait.

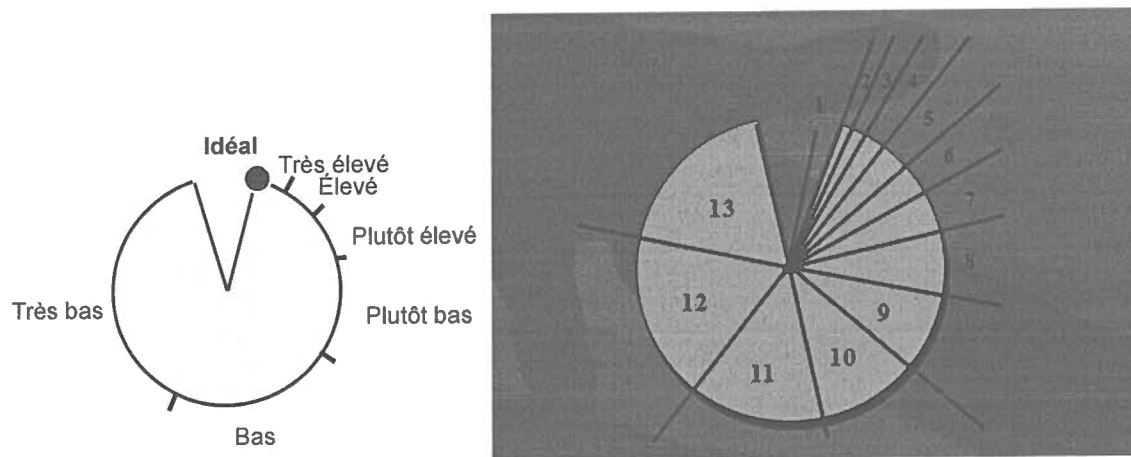


Figure 4 : Cercle de correction des questions de l'ISQVT.

Source : Adapté de Duquette, Dupuis & Perreault, 1994.

Avoir l'impression que l'on s'éloigne de notre but jour après jour s'avère un facteur pénible à expérimenter pour le travailleur tout comme l'opposé peut alimenter des sentiments satisfaisants. Donc, après avoir formé un écart sur le cadran circulaire, la vitesse d'éloignement ou d'avancement intervient pour faire varier le score de QVT à la

hausse ou à la baisse, selon cinq niveaux associés à des valeurs respectives. Il s'agit du score de *vitesse*. Les cinq niveaux imagés réfèrent au rectangle à la droite du cercle à la figure 3; ils prennent la forme de 1) un personnage se déplaçant à la marche, 2) un personnage qui court, 3) un vélo, 4) une voiture et 5) un l'avion.

Enfin, le participant doit attribuer un *rang* à chaque sous-dimension, selon l'importance (allant de *essentiel* à *peu important*, voir figure 5) qu'il accorde à cette sous-dimension dans sa vie professionnelle. Les vitesses de détérioration, considérées comme plus difficiles à vivre pour le travailleur, ont un facteur multiplicatif maximum de 3 et les rangs, un facteur multiplicatif maximum de 2. La formule permettant de calculer les scores de QVT se dicte comme suit : l'écart est égal à l'état moins le but multiplié par la vitesse et le rang, le tout divisé par 6,16 afin de remettre l'échelle de 0-100.

	Essentiel	Très important	Important	Moyennement important	Peu important	Sans importance	Inutile
1. Revenu							
2. Bénéfices marginaux							
3. Sécurité de revenu							
4. Possibilité d'avancement							
5. Mutation							

Figure 5 : Exemple des rangs d'importance des sous-dimensions de l'ISQVT.

Source : Dupuis, Martel, Voirol, Bibeau, & Hébert-Bonneville (2009).

Ce chapitre a permis de jeter un œil sur la structure dimensionnelle de la QVT ainsi que sur sa mesure. Les effets connus des horaires par quarts de 12 heures lorsqu'utilisés auprès d'infirmières ont été examinés, il a été suggéré que les caractéristiques individuelles et organisationnelles pouvaient potentiellement influencer ces effets. Une description du cadre de référence qui a été conçu pour appuyer la présente recherche, soit le modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale et de la QVT au travail, a également été proposée.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

Ce chapitre présente la démarche méthodologique retenue dans le cadre de cette étude pour répondre aux deux questions de recherche. La première consiste à déterminer l'existence de différences, sur le plan de la qualité de vie au travail (QVT) telle que mesurée par l'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT), entre les infirmières québécoises qui travaillent par quarts de 8 heures et de 12 heures dans les hôpitaux. La seconde question s'intéresse à l'existence de relations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières par quarts de 8 heures et leur QVT. De la même façon, la troisième question de recherche vise à vérifier l'existence de relations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières par quarts de 12 heures et leur QVT. Le présent chapitre rend compte du type d'étude, du milieu de l'étude, de la population cible, de l'échantillon, de la technique d'échantillonnage, des étapes du déroulement de l'étude, de la collecte des données, des définitions opérationnelles, des mesures prises pour contrôler l'effet des variables étrangères et du plan d'analyse des données.

3.1 TYPE D'ÉTUDE

Cette recherche est de type descriptif comparatif. Les devis descriptifs comparatifs sont des approches qui permettent, en plus de décrire les différences entre des groupes qui existent naturellement dans leur milieu, de s'appuyer sur des connaissances déjà établies pour examiner des relations entre ces variables (Burns & Grove, 2009; Fortin, 2010).

Respectant les principes du niveau descriptif, aucun traitement ni intervention n'est effectué auprès des sujets de la présente étude.

3.2 MILIEUX DE L'ÉTUDE

Les hôpitaux québécois qui offrent deux systèmes d'aménagement des horaires de travail des infirmières, soit par quarts de 8 heures et de 12 heures, constituent les milieux ciblés par cette recherche. Anciennement au Québec, les hôpitaux portaient les appellations de « centre hospitalier de soins généraux et spécialisés » (CHSGS) ou de « centre hospitalier universitaire » (CHU) (qui comprenaient les centres affiliés et les instituts universitaires). Les CHSGS s'intégraient comme une constituante des centres de santé et de services sociaux (CSSS) (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2012). Les hôpitaux québécois sont caractérisés par une administration de type publique et ils offrent des services en langue française et anglaise. Afin de préserver la confidentialité certifiée dans la lettre aux participants, les vingt-deux centres hospitaliers répondants ne seront pas nommés directement par leur nom lorsque ceux-ci seront associés à des résultats. Ils seront catégorisés selon la taille de la région urbaine dans laquelle ils sont situés.

3.3 POPULATION CIBLE ET ÉCHANTILLON

Les participantes de la présente étude proviennent d'une population d'infirmières de 18 ans et plus, de sexe féminin ou masculin, qui travaille dans les hôpitaux de la province de Québec. Elles ont été sélectionnées sur la base des critères d'inclusion suivant : 1) détenir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ); 2) exercer auprès des usagers dans un hôpital; 3) travailler au moins 24 heures par semaine selon un horaire comportant soit uniquement des quarts de 8 heures, soit uniquement des quarts de 12 heures depuis trois mois ou plus; 4) lire, écrire et comprendre le français ou l'anglais. Le document d'information précise qu'il est possible pour une infirmière de répondre même si celle-ci travaille exceptionnellement selon des quarts plus longs ou plus courts que ceux prévus à son horaire habituel. En ce qui concerne les critères

d'exclusion, les infirmières 1) n'ayant pas travaillé (incluant les vacances, les congés de maladie ou de maternité) durant quatre semaines consécutives au cours des trois derniers mois ont été exclues.

L'OIIQ comprend 72 169 membres (OIIQ, 2012) dont quelques 35 000 se sont portés volontaires en 2013 pour participer à différentes recherches. Un total de 67 606 (95 %) infirmières membres de cet ordre professionnel exercent leur emploi principal dans la province de Québec. Près de 56 000 (82 %) d'entre elles détiennent un emploi principal dans un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux : la moitié pratique dans une ou plusieurs installations des CSSS de la province alors que le tiers travaille en centre hospitalier universitaire (OIIQ, 2013). Plus de 90 % des infirmières québécoises détiennent un statut de travail à temps complet ou à temps partiel, alors que 10 % ne travaille qu'occasionnellement comme infirmière (OIIQ, 2013).

Les sites Internet officiels d'une cinquantaine d'établissements à mission centre hospitalier de toutes les régions administratives du Québec, obtenus auprès de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, ont été consultés afin d'acquérir rapidement des informations préalables relatives aux horaires des infirmières. Pour certains hôpitaux dont les renseignements sur la durée des quarts de travail n'étaient pas explicites en ligne, des appels téléphoniques ont été effectués au service des ressources humaines afin de déterminer si les deux systèmes d'horaire à l'étude étaient en fonction (exclusivement ou simultanément), ce, depuis combien de temps et dans quelle proportion. Lorsque le responsable du service des ressources humaines d'un centre ou toute autre personne désignée pour répondre en son nom ne détenait pas ces précisions, l'hôpital était exclue. Suite à ces démarches, vingt-deux hôpitaux de différentes régions du Québec ont été ciblés. Il s'agit du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU), de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, du CSSS La Pommeraie (Hôpital Brome-Missisquoi- Perkins), du CSSS de la Haute-Yamaska (Centre hospitalier de Granby), du Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières, du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du Centre universitaire de santé McGill (l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital Royal Victoria, l'Institut

neurologique de Montréal, l'Hôpital Lachine et l'Institut thoracique de Montréal), de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, de l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal, de l'Hôpital général Juif, du CSSS Champlain (Hôpital Charles LeMoyne), de l'Institut de cardiologie de Montréal, du CSSS de Rouyn-Noranda (Centre hospitalier de Rouyn-Noranda), du CSSS des Collines (Hôpital Mémorial de Wakefield), du CSSS de Gatineau (Hôpital de Hull et Hôpital de Gatineau) et du CSSS de La Côte de Gaspé (Hôpital de Gaspé). La totalité des infirmières travaillant dans ces centres hospitaliers, pour un nombre de 5 091, ont été ciblées. La coopération de mesdames Manon Laliberté de la direction des services aux clientèles et promotion de l'OIIQ et de Françoise Ladouceur, adjointe de réunions de l'OIIQ, a été nécessaire pour obtenir la liste des 5 091 infirmières. Parmi ce nombre, 73 infirmières, 40 pour le groupe des 8 heures et 33 pour le groupe des 12 heures, ont généreusement accepté de prendre part à l'étude; cet échantillon s'est constitué suite au processus d'échantillonnage décrit dans la section suivante.

Il était prévu au départ que des tests statistiques paramétriques tels que le test de t de Student, l'ANOVA et le r de Pearson soient utilisés. Pour une recherche qui s'intéresse à des sujets humains, il est suggéré de viser une puissance s'élevant à 0.80 (Cohen, 1988). Ainsi, afin de détecter un effet de 0.70, qualifié de modéré à important selon Cohen (1988), avec une puissance de 0.80 (qui signifie que nous possédons 80 % des chances de trouver une différence significative entre les groupes) pour le seuil de signification de 0.05, chaque groupe de comparaison devait être constitué d'au moins 33 sujets (Munro Hazard, 2005). Ce nombre a effectivement été atteint, mais des tests non paramétriques ou libres de distribution ont finalement dû être privilégiés pour des raisons de non-normalité des distributions (voir chapitre des résultats).

3.4 TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE

Un plan d'échantillonnage aléatoire simple a été retenu pour cette étude. Un échantillon a été formé à partir d'une liste de la totalité des infirmières (5 091), qui

travaillent dans les hôpitaux identifiés comme offrant les deux systèmes d'horaires qui intéressent cette étude. Une technique d'échantillonnage probabiliste aléatoire simple a été effectuée à l'aide de nombres aléatoires pour sélectionner 3 000 infirmières. Un numéro a été attribué au hasard à chaque infirmière, de 1 à 5 091, dans un fichier Microsoft Excel (fonction ALEA), les 3 000 premières (1 à 3 000) ont donc été ciblées. Cette technique a pour avantage de contrôler les biais d'échantillonnage et de favoriser la représentativité puisqu'elle accorde à chaque élément de la population une probabilité égale (et non nulle) d'être intégré à l'échantillon (Fortin, 2010). Cependant, un échantillon non-représentatif a émané du processus d'échantillonnage aléatoire simple dans le cas de cette étude. Cette non-représentativité découle principalement du faible taux de réponse (2,4%) et s'exprime par un manque de correspondance entre les caractéristiques de l'échantillon et celles de la population infirmière.

3.5 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE ET COLLECTE DE DONNÉES

Avant d'entreprendre le processus de collecte des données, l'approbation du Comité d'éthique de la recherche auprès d'êtres humains de l'UQAR a été obtenue (certificat en appendice D). Une lettre d'invitation à la recherche (appendice E) qui contient le formulaire de consentement libre et éclairé a été envoyé par courriel à chaque infirmière identifiée par la technique d'échantillonnage. Ce document précise l'objectif général du projet de recherche, les critères et les étapes rattachés à la participation, les mesures pour assurer la confidentialité des renseignements, le droit au retrait, la nature des informations recueillies, le temps requis pour participer et les coordonnées du personnel de recherche.

En janvier 2013, 1 500 infirmières ont reçu par courriel la lettre d'invitation comprenant le formulaire de consentement et étaient par la même occasion conviées à remplir le Questionnaire sur les caractéristiques du participant (appendice F), documents tous deux attachés au courriel d'invitation. Le questionnaire sur les caractéristiques du participant a été élaboré en fonction de la recension des écrits qui a mis en relief un

ensemble de caractéristiques individuelles et organisationnelles susceptibles d'influencer la QVT des infirmières qui travaillent par quarts de 12 heures dans les centres hospitaliers.

Un second questionnaire, soit l'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT) (appendice C), a été suggéré aux infirmières ayant répondu positivement à l'invitation et respectant les exigences des critères d'inclusion. L'ISQVT de Dupuis & Martel (2009) consiste en un questionnaire informatisé et autoadministré, développé et validé au Québec, comportant 34 questions. Tel que mentionné dans la recension des écrits de ce mémoire (chapitre 2), l'ISQVT est conçu pour mesurer la QVT auprès de sujets de professions diverses, donc, pas spécifiquement auprès d'infirmières. Cependant, l'ISQVT s'est avéré le questionnaire choisi pour cette étude non seulement en raison de sa disponibilité en français, mais pour ses qualités psychométriques et ses fondements théoriques surpassant celles du seul questionnaire de QVT conçu pour les infirmières (anglophones), celui de Brooks (2001). Pour sa part, l'ISQVT accorde au chercheur le loisir d'ajouter des questions pertinentes et rattachées à la classe de professionnels ciblée par son étude. Or, par égard pour sa validation originale, aucune question n'a été ajoutée.

En ce qui concerne les qualités psychométriques de l'ISQVT, des corrélations, effectuées par Dupuis et al. (2009), avec des instruments de mesure de concepts voisins, tels que le stress au travail, la satisfaction globale au travail et la qualité de vie générale, se situent entre 0,3 et 0,6. L'ISQVT est peu influencé par la désirabilité sociale, avec un indice de corrélation inférieure à 0,3. En ce qui concerne la validité de contenu, des comparaisons des sous-dimensions de l'ISQVT avec celles de plusieurs autres questionnaires du domaine démontrent que l'ISQVT couvre pertinemment les différents domaines de la vie au travail (Dupuis et al, 2009). Le coefficient de cohérence interne de l'ISQVT s'élève à 0,87 (Dupuis et al., 2009). Enfin, la fidélité test-retest de 0,84 s'avère satisfaisante. Puisqu'il s'agit d'un questionnaire informatisé et que les instructions sont écoutées par le participant via les haut-parleurs d'un ordinateur, il résulte d'une certaine homogénéité dans la diffusion de la marche à suivre pour répondre, permettant de contourner la variabilité de compétence et de formation des interviewers ainsi que celle liée aux termes utilisés par ceux-ci. Les réponses

automatiquement corrigées et compilées dans une base de données sécurisée du laboratoire de recherche du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP) permettent d'éviter des erreurs de correction ou d'entrée des données.

En raison d'un faible taux de réponse avoisinant les 2 %, une seconde phase d'envoi a été effectuée entre la mi-janvier 2013 et la fin mars 2013 à l'attention de 1 500 autres infirmières de la liste, pour un total de 3 000 envois. Au terme de ces démarches, 104 infirmières ont rempli le premier questionnaire et 73 ont complété leur mandat de participation en répondant à l'ISQVT. Quelques hypothèses d'explication du faible taux de participation finale de 2,4 % ont été émises à la section Limites de l'étude, au chapitre 5.

3.6 DÉFINITIONS DES TERMES

Cette section présente les définitions des termes et des variables d'intérêt de cette étude. Précisons que les variables à l'étude s'avèrent les caractéristiques individuelles des infirmières, leurs caractéristiques sur le plan organisationnel et la QVT, mesurée par l'ISQVT. Conséquemment les termes et les variables suivantes seront définis : infirmière, caractéristiques individuelles, caractéristiques organisationnelles, QVT, dimensions et sous-dimensions de la QVT.

3.6.1 Infirmière

Le terme infirmière désigne tout membre inscrit au tableau de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ). Le féminin, employé tout au long du projet dans le but d'alléger les textes, renvoie aux professionnels des deux sexes.

3.6.2 Caractéristiques individuelles

Les caractéristiques individuelles des infirmières à l'étude comprennent l'âge, en années, le sexe, soit féminin ou masculin, le nombre d'années d'expérience, le statut civil, déterminé par le fait de vivre seul(e) ou en couple, le nombre d'enfants ou de personnes à la charge, les études en cours (oui ou non) ainsi que le niveau de formation, sélectionné par l'infirmière entre diplôme d'études collégiales, baccalauréat, maîtrise ou DESS, autre. Le salaire s'est ajouté comme caractéristique puisqu'il s'agissait d'une question posée automatiquement par l'ISQVT, cette caractéristique suit l'échelle : moins de 70 000 et plus de 70 000.

3.6.3 Caractéristiques organisationnelles

Les caractéristiques organisationnelles d'intérêt comprennent, en plus de la durée des quarts de travail (8 heures ou 12 heures), l'hôpital (H) d'attache (parmi les vingt-deux centres ciblés), ainsi que le type de secteur d'activité employeur de l'infirmière (soins généraux ou soins critiques). Les centres hospitaliers ont été regroupés selon qu'il s'agisse d'un hôpital de la localité de Montréal (1 650 000 habitants), d'un centre hôpital de localité urbaine de grande taille (516 000 à 132 000 habitants) ou d'un hôpital de milieu urbain de petite taille (2 800 à 45 000 habitants). De plus, les secteurs d'activité employeur de l'infirmière ont été regroupés selon deux types de spécialité, à savoir les soins généraux (médecine, chirurgie, pédiatrie, périnatalité et santé mentale) ou les soins critiques (urgence, soins intensifs, unité néonatale, soins coronariens). L'étude cible également les caractéristiques organisationnelles suivantes : le nombre de jours de travail aux deux semaines (14 jours), la durée des quarts de travail habituels depuis trois mois ou plus (8 heures, 12 heures, autre), les rotations à l'horaire (oui, non), la fréquence de la prise des pauses/repas, déterminée par l'échelle toujours, souvent, rarement ou jamais, le nombre d'heures supplémentaires par semaine, l'habitude de travailler sur le quart de jour

(seulement de jour, autre que seulement de jour) ainsi que le nombre de jours de congés consécutifs.

3.6.4 Qualité de vie au travail

La QVT est mesurée dans cette étude par l'entremise de l'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT). Il s'agit d'un questionnaire en ligne qui comprend 34 questions représentant les sous-dimensions de la QVT énumérées au tableau 1. Chaque question est formulée ainsi : « [nom de la sous-dimension] : La situation idéale signifie d'être parfaitement heureux de son/sa/ses [nom de la sous-dimension]. Les réponses sont effectuées en quatre étapes, soit l'identification de la situation idéale (flèche sur un quadrant circulaire), l'identification de la situation actuelle (flèche sur ce même quadrant circulaire), la sélection d'une vitesse de rapprochement ou d'éloignement (piéton, coureur, vélo, voiture ou avion) et l'attribution d'un rang d'importance (essentiel, très important, important, moyennement important, peu important, sans importance ou inutile). La formule permettant de mesurer la QVT est précisée à la section qui suit.

Dans le but de préciser la manière dont l'ISQVT calcule les données recueillies afin de s'adonner à une appréciation la QVT, les termes *Score d'écart*, *Score global de QVT*, *Score de but*, *Score d'état* et *Score de rang* seront définis. Pour être plus précis, l'écart (global et pour chacune des sous-dimensions) est le score de QVT qui est présenté dans les résultats de l'étude. Concernant la validité et la fidélité de l'ISQVT, le coefficient de cohérence interne s'élève à 0,87 et l'indice de fidélité test-retest se situe à 0,84.

Score d'écart

Il s'agit du score de QVT, calculé sur chacune des dimensions, des sous-dimensions et de manière globale. Il renvoie à la distance moyenne entre l'état actuel de la personne et son but, pondérée par la vitesse d'amélioration ou de détérioration et le rang d'importance

d'une dimension donnée de sa vie au travail. La formule utilisée pour le calculer est la suivante : $\text{Écart} = ((\text{état} - \text{but}) \times \text{vitesse} \times \text{rang}) / 6,16$.

Le score d'écart (globale et pour chaque dimension et sous-dimension) peut être réparti dans trois zones respectives déterminées sur la base de mesures effectuées avec l'ISQVT auprès de 2 900 travailleurs de domaines professionnels variés. La zone de QVT *Bonne*, ou zone *verte*, correspond à un score qui se situe au-delà du 50^e centile. Un score entre le 25^e et le 50^e centile sera classé dans la zone *jaune* de QVT *Passable* et indique une dimension ou une sous-dimension dans laquelle des améliorations sont souhaitables. La zone de QVT *Faible*, ou zone *rouge*, réfère aux scores inférieurs au 25^e centile et met en évidence les dimensions ou sous dimensions problématiques nécessitant une intervention (Dupuis et al., 2009).

Score global de QVT

Le score de QVT, ou score global, correspond à la moyenne des 34 scores d'écart obtenus pour chacune des sous-dimensions par le travailleur ayant complété l'ISQVT (Dupuis et al., 2009). Ces 34 scores d'écart correspondent aux sous-dimensions de la QVT.

Score de but

Correspond à la distance moyenne entre une situation vue comme idéale pour le travailleur (dans laquelle il serait parfaitement heureux) et sa situation actuelle dans une dimension (ou sous-dimension) de sa vie au travail.

Score d'état

Réfère à la situation vécue actuellement (situation actuelle) par le travailleur dans une dimension (ou sous-dimension) de sa vie au travail. L'état actuel est identifié par le travailleur sur un diagramme circulaire dont les portions correspondent à des nombres compris entre 0-100.

Score de rang

Correspond à l'importance subjective accordée par la personne à une dimension (ou sous-dimension) de sa vie au travail, variant entre *essentiel, très important, important, moyennement important, peu important, pas important et inutile*.

3.6.5 Dimensions et sous-dimensions de la qualité de vie au travail

Les dimensions définissant le construit de QVT selon la nomenclature de l'ISQVT (Dupuis et al., 2009) sont identifiées au tableau 1. Ces dimensions se décortiquent en 34 sous-dimensions. Ces dimensions et sous-dimensions ne sont pas proprement définies par les auteurs de l'ISQVT, cependant, des précisions sont apportées au participant pour la plupart des questions au moment de répondre à l'ISQVT en ligne. Par exemple, pour la sous-dimension du Revenu, l'auteur souligne qu'il s'agit du salaire, des commissions et des pourboires s'il y a lieu. La totalité du questionnaire est présenté en Appendice C.

Tableau 1 : Dimensions et sous-dimensions de la QVT selon l'ISQVT

Dimensions de la QVT	Sous-dimensions de la QVT
1. Rémunération	1.1. Revenu 1.2. Avantages sociaux 1.3. Sécurité du revenu
2. Cheminement professionnel	2.1. Possibilités d'avancement 2.2. Mutation 2.3. Perfectionnement et formation
3. Horaire de travail	3.1. Horaire sur la santé 3.2. Flexibilité de l'horaire 3.3. Absences pour des raisons familiales
4. Climat avec les collègues	4.1. Sentiment d'appartenance 4.2. Compétitivité 4.3. Relations avec les collègues 4.4. Conflit de rôle
5. Climat avec les supérieurs	5.1. Relations avec le supérieur 5.2. Relations avec les employés 5.3. Relations avec l'employeur 5.4. Commentaires et évaluations 5.5. Communication de l'information
6. Caractéristiques de l'environnement	6.1. Lieu de travail 6.2. Équipement et outillages
7. Facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche	7.1. Charge émotive 7.2. Efficacité au travail 7.3. Temps pour exécuter les tâches 7.4. Participation aux prises de décisions 7.5. Correspondance compétences et tâches 7.6. Autonomie 7.7. Diversité des tâches 7.8. Charge physique 7.9. Clarté du rôle
8. Soutien offert à l'employé	8.1. Facilités 8.2. Prise en charge du travail en mon absence 8.3. Répartition de la charge lors d'absences 8.4. Relation avec le syndicat 8.5. Ressource d'aide aux employés

3.7 CONTRÔLE DES VARIABLES ÉTRANGÈRES

Des mesures de contrôle de rigueur scientifique ont été prises lors de cette étude. D'abord, le choix de l'instrument de mesure de la QVT, l'ISQVT, se justifie par des qualités psychométriques suffisantes, démontrées à la suite d'un processus de validation (Martel, 2006). La QVT des employés peut potentiellement être affectée par tout changement organisationnel (Dupuis et Martel, 2009). Ainsi, les infirmières qui n'étaient pas affectées à un poste de manière permanente, c'est-à-dire depuis au moins trois mois, ont été exclues de la recherche. Malgré l'évidence que les critères de sélection et d'exclusion restrictifs ont pu empêcher plusieurs infirmières intéressées par la recherche d'y participer, ces derniers critères se sont avérés favorables au contrôle. Il fut également indiqué de s'assurer que les définitions opérationnelles soient claires et concordantes avec l'ISQVT et que les types d'analyses statistiques choisies s'appliquent bel et bien au niveau de recherche descriptif. L'analyse des données a été effectuée en respectant les postulats et exigences des tests statistiques. Puisque les sujets évoluent dans leur environnement naturel, l'étudiante chercheuse est demeurée à l'affût de la survenue d'une réorganisation quelconque à l'échelle provinciale, d'une hausse soudaine de la charge de travail (par exemple, en raison d'un conflit syndical), ou de toute autre circonstance perturbatrice et imprévue qui auraient pu affecter les résultats de cette étude.

3.8 ANALYSE DES DONNÉES

Un plan détaillé d'analyse des données a été élaboré et suivi afin de générer les résultats de cette étude. La saisie des données du questionnaire sur les caractéristiques du participant (individuelles et organisationnelles) a été réalisée par l'étudiante chercheuse qui a pu établir un profil de l'échantillon et se pencher sur les questions de représentativité et d'équivalence des groupes (8 heures et 12 heures). Au fur et à mesure que les infirmières répondaient à l'ISQVT via le site www.qualitedevie.uqam.ca, le laboratoire de recherche

du CLIPP compilait automatiquement les données rattachées aux scores de but, d'état, de vitesse, de rang et d'écart obtenues par celles-ci. La base de données a ensuite été transmise à l'étudiante chercheuse. Avec l'étroite collaboration de monsieur Gilles Dupuis, Ph.D., directeur scientifique au CLIPP et professeur à l'Université du Québec à Montréal, les analyses de comparaisons et de corrélations ont été effectuées. Avant de se prononcer sur les choix des tests statistiques à effectuer, les effectifs ont été examinés, avec, pour chaque variable à l'étude, une interprétation des mesures d'asymétrie et d'aplatissement des distributions. Suite aux constats de non-normalité des distributions, il a été convenu d'utiliser des tests non paramétriques ou libres de distribution. Le plan d'analyse des données est détaillé ci-dessous.

Tableau 2 : Plan d'analyse des données

Étape de l'analyse des données	Tableau(x)	Statistiques descriptives et type de test
Comparaison des caractéristiques individuelles et organisationnelles des deux groupes	3	Pourcentages Moyennes et écart types Variables continues : Mann Whitney (z) Variables catégorielles : Khi-carré Variables dichotomiques : Exact de Fisher
Première question de recherche	5-6-7	Moyennes (scores d'écart) Centiles Mann Whitney (z)
Deuxième et troisième question de recherche	10 et 11	Rho de Spearman (r)

Plusieurs éléments ont été abordés dans ce chapitre pour préciser le processus méthodologique sur lequel repose cette étude. D'abord, il fut mentionné qu'une étude

descriptive comparative auprès d'infirmières travaillant dans les hôpitaux est conduite selon une technique d'échantillonnage aléatoire simple. Les données s'avèrent collectées par l'entremise d'un questionnaire sur les caractéristiques individuelles et organisationnelles ainsi que de l'ISQVT (Dupuis et al., 2009). Les variables à l'étude ont été définies et un plan d'analyse des données a été suggéré; celui-ci sera mis en application au chapitre suivant.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Le but de cette étude consiste à déterminer l'existence de différences sur le plan de la qualité de vie au travail (QVT) entre les infirmières qui travaillent par quarts de 8 heures et de 12 heures dans les hôpitaux québécois et d'examiner les liens entre les caractéristiques (individuelles et organisationnelles) de ces infirmières et leur QVT. Cette section présente les résultats des analyses effectuées pour répondre aux questions de recherche, à savoir : 1) Existe-t-il des différences sur le plan de la QVT telle que mesurée par l'ISQVT, entre les infirmières québécoises qui travaillent dans les hôpitaux par quarts de 8 heures et de 12 heures? 2) Existe-t-il des relations entre les caractéristiques individuelles et la QVT d'infirmières travaillant par quarts de 8 heures dans les hôpitaux québécois? 3) Existe-t-il des relations entre les caractéristiques organisationnelles et la QVT d'infirmières travaillant par quarts de 12 heures dans les hôpitaux québécois?

Une première section présente les comparaisons entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières par quarts de 8 heures et de 12 heures, il s'agit d'une étape préalable pour comparer les deux groupes sur le plan de leur QVT. À la deuxième section de ce chapitre, des comparaisons sont effectuées entre les scores globaux de QVT des infirmières, ainsi qu'entre leurs scores d'écart sur chacune des dimensions et des sous-dimensions de la QVT. Finalement, une dernière section s'intéresse aux corrélations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles de ces mêmes infirmières et leur score global de QVT. Le Rho de Spearman (r) a été utilisé. Le logiciel IBM SPSS Statistics 21 a été employé pour ces analyses. Les comparaisons et les corrélations sont considérées significatives au seuil de $p < 0,05$.

Des données éloignées ont été constatées chez les deux groupes de sujets ayant répondu à l'ISQVT. Ces valeurs n'ont pas été retirées ou corrigées puisqu'elles indiquent une QVT problématique dans la sous-dimension en question et s'avèrent souvent associées aux personnes vivant de la détresse psychologique ou de l'épuisement professionnel dont les réponses se veulent pertinentes pour cette étude. Par exemple, le sujet n° 14 du groupe des 8 heures a obtenu un écart de 91,97 à la sous-dimension 7.4 alors que la moyenne est établie à 9,34 pour un écart type qui s'élève à 16,95. De plus, les données éloignées peuvent être en partie expliquées par le fait que les résultats obtenus auprès des infirmières diffèrent grandement de ceux des travailleurs en général. Le postulat de normalité des distributions associé aux tests paramétriques prévus à l'origine (test de t de Student, ANOVA et r de Pearson) a été vérifié par l'entremise du coefficient d'aplatissement et du score Z d'asymétrie. La quasi-totalité des variables à l'étude présente des distributions qui dévient de la courbe normale, ce qui explique l'emploi de tests non paramétriques ou libres de distribution. Les scores d'aplatissement et les coefficients d'asymétrie associés aux scores d'écart obtenus par les infirmières composant l'échantillon aux huit dimensions de la QVT sont présentés dans le tableau en Appendice G à titre d'exemple. Il est possible d'y constater que pratiquement toutes ces données excèdent $\pm 1,96$ ÉT ce qui témoigne de l'éloignement de la courbe normale.

4.1 COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES DES DEUX GROUPES D'INFIRMIÈRES

Le tableau 3 expose les pourcentages ou les moyennes (et écarts types) rattachées à chacune des caractéristiques individuelles des infirmières ayant participé à l'étude. Des comparaisons sont effectuées au moyen du test de Mann-Whitney (z) (variables continues), du test exact de Fisher (p) (variables catégorielles dichotomiques) ou du test du Khi-Carré (variables catégorielles).

Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques individuelles des infirmières travaillant par quarts de 8 heures et de 12 heures

Caractéristiques organisationnelles		Groupe quarts 8 h <i>n</i> = 33	Groupe quarts 12 h <i>n</i> = 40	<i>p</i>
Âge	\bar{x} (ÉT)	37,7 (11,7)	36,7 (10,9)	0,67 ^a
Sexe				
Femme	<i>n</i> (%)	34 (85,0)	30 (90,9)	0,50 ^b
Homme	<i>n</i> (%)	6 (15,0)	3 (9,1)	
Statut				
Seul	<i>n</i> (%)	10 (25,0)	11 (33,3)	0,45 ^b
En couple	<i>n</i> (%)	30 (75,0)	22 (66,7)	
Enfants/personnes à la charge	\bar{x} (ÉT)	0,9 (1,08)	1,2 (1,37)	0,48 ^a
Salaire				
<70 000	<i>n</i> (%)	28 (69,2)	18 (54,5)	0,23 ^b
>70 000	<i>n</i> (%)	12 (30,8)	15 (45,5)	
Niveau de formation				
DEC	<i>n</i> (%)	14 (35,0)	11 (33,3)	0,80 ^c
BAC	<i>n</i> (%)	23 (57,5)	18 (54,5)	
DESS/MSc	<i>n</i> (%)	3 (7,5)	4 (12,1)	
Études en cours				
Oui	<i>n</i> (%)	6 (13,9)	6 (19,4)	0,74 ^b
Non	<i>n</i> (%)	34 (86,1)	27 (80,6)	

Note. a: Test de Mann-Whitney (*z*); b: Test exact de Fisher (*p*); c: Test du Khi-Carré (χ^2); Valeur de *p* significative en caractère gras au seuil < 0,05.

Les participantes ont en moyenne 37,2 ans, elles s'avèrent être des femmes à 87,7 %, elles ont 1,0 enfant/personne à la charge en moyenne, 62,5 % d'entre elles cumulent un revenu moyen inférieur à 70 000 par année et leur expérience de travail moyenne s'élève à 13,9 ans. En ce qui concerne la formation, 34,2 % des infirmières détiennent un diplôme d'études collégiales (DEC), 56,2 % ont obtenu leur baccalauréat (BAC), 9,6 % possèdent un diplôme d'études supérieures ou une maîtrise (DESS/MSc). Un pourcentage de 16,4 % des infirmières s'adonne actuellement à des études concomitantes avec le travail. Le tableau précédent permet d'observer qu'il n'y a pas de différence significative entre les

infirmières travaillant par quarts de 8 heures et de 12 heures sur le plan de leurs caractéristiques individuelles.

Le tableau qui suit s'avère quasi-identique au précédent, il présente toutefois les comparaisons des caractéristiques organisationnelles des deux groupes d'infirmières avec l'utilisation des mêmes tests statistiques en fonction du type de variable sur lequel les comparaisons sont effectuées.

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques organisationnelles des infirmières travaillant par quarts de 8 heures et de 12 heures

Caractéristiques organisationnelles		Groupe quarts 8 h <i>n</i> = 33	Groupe quarts 12 h <i>n</i> = 40	<i>p</i>
Localité de l'hôpital (H)				
Montréal	<i>n</i> (%)	26 (65,0)	22 (66,7)	0,96 ^c
Urbaine grande taille	<i>n</i> (%)	12 (30,0)	9 (27,3)	
Urbaine petite taille	<i>n</i> (%)	2 (5,0)	2 (6,1)	
Secteur de soins				
Général	<i>n</i> (%)	21 (51,4)	19 (57,9)	0,38 ^b
Critiques	<i>n</i> (%)	19 (48,6)	12 (42,1)	
Choix de durée des quarts				
Oui	<i>n</i> (%)	10 (25,0)	27 (81,8)	0,00 ^b
Non	<i>n</i> (%)	30 (75,0)	6 (18,1)	
Rotations				
Oui	<i>n</i> (%)	4 (10,5)	23 (70,4)	0,00 ^b
Non	<i>n</i> (%)	36 (89,5)	10 (29,6)	
Jours de travail à l'horaire /14 jours	\bar{x} (ÉT)	8,7 (1,82)	6,8 (1,20)	0,00 ^a
Heures supplémentaires /semaine	\bar{x} (ÉT)	2,5 (3,5)	2,1 (3,4)	0,38 ^a
Pauses/repas				
Toujours ou souvent	<i>n</i> (%)	26 (65,0)	30 (91,0)	0,01 ^b
Rarement ou jamais	<i>n</i> (%)	14 (35,0)	3 (9,0)	
Plage horaire				
Jour seulement	<i>n</i> (%)	17 (42,5)	8 (24,2)	0,10 ^b
Autre que jour seulement	<i>n</i> (%)	23 (57,5)	25 (75,8)	
Jours de congé consécutifs /14 jours	\bar{x} (ÉT)	5,0 (1,2)	8,2 (2,0)	0,00 ^a

Note. a: Test de Mann-Whitney (*z*); b: Test exact de Fisher (*p*); c: Test du Khi-Carré (χ^2); Valeur de *p* significative en caractère gras au seuil < 0,05.

Les infirmières de l'échantillon travaillent dans les hôpitaux de la région de Montréal à 65,8 %, dans les hôpitaux de localités urbaines de grande taille du Québec dans une proportion de 28,8 % et 5,5 % pratique dans les localités de petite taille. Les infirmières se

répartissent à 54,7 % dans les secteurs de soins généraux pour 45,2 % dans les secteurs de soins critiques. À la question « Avez-vous choisi la durée de vos quarts de travail », 49,3 % des infirmières au total ont affirmé « oui » et 50,7 % ont affirmé « non ». Puis, 40,5 % de l'échantillon dispose d'un horaire comprenant des rotations alors que 59,6 % mentionne un horaire non-rotatif. Le décompte des heures supplémentaires moyennes par semaine s'élève à 2,3 heures pour l'échantillon. Ces infirmières parviennent à utiliser leurs temps de pauses et de repas « toujours ou souvent » dans 76,7 % des cas, donc, 23,3 % ne les prennent que « rarement ou jamais ». En ce qui concerne la plage horaire habituelle des infirmières de l'échantillon, 34,2 % disent travailler de jour seulement, pour 65,8 % qui évoluent sur les plages horaires « autres que de jour seulement ». Enfin, les infirmières ayant répondu à l'étude se retrouvent en congé durant 3,4 jours consécutifs en moyenne sur une période de deux semaines.

Il est possible constater qu'il n'y a pas de différence significative entre les infirmières qui travaillent par quarts de 8 heures et de 12 heures quant à la localité de l'hôpital employeur, au secteur d'activité au nombre d'heures supplémentaires et à la plage horaire habituelle de travail.

Des différences significatives sont observables entre les deux groupes d'infirmières quant aux possibilités de choisir la durée de leurs quarts de travail, aux rotations associées à leur horaire, au nombre de jours travaillés par deux semaines, à la fréquence des pauses et des repas, ainsi qu'au nombre de jours de congé consécutifs par deux semaines. En effet, seulement le quart des infirmières du groupe des 8 heures ont pu choisir la durée de leurs quarts de travail alors qu'il en est ainsi pour 81,8 % des infirmières par quarts de 12 heures ($p = 0,00$). Ces dernières disposent d'un horaire comprenant des rotations dans 70,4 % des cas alors que seulement 10,5 % de leurs collègues par quarts de 8 heures effectuent des rotations sur les plages horaires ($p = 0,00$). En moyenne, les infirmières dont l'horaire est composé de quarts de 8 heures travaillent 8,7 jours aux deux semaines ce qui correspond à approximativement 34,8 heures par semaine, alors que leurs collègues par quarts de 12 heures travaillent 6,8 jours par deux semaines ($p = 0,00$) pour environ 40,8 heures par semaine. Les infirmières du groupe des 12 heures prennent plus fréquemment leurs temps de pauses et de repas (91 % les prennent toujours ou souvent comparativement à 65 % pour

le groupe des 8 heures, $p = 0,01$) et jouissent de plus de jours de congé consécutifs par semaine (8,2 jours versus 5,0 jours pour le groupe des 8 heures, $p = 0,00$).

4.2 COMPARAISON DES SCORES DE QVT OBTENUS PAR LES DEUX GROUPES D'INFIRMIÈRES

Le Tableau 5 a été conçu pour répondre à la première question de recherche inhérente aux différences significatives entre les deux groupes d'infirmières quant à leur QVT. Ce tableau expose les scores globaux de QVT (moyennes avec leurs écarts types) obtenues à l'ISQVT pour toutes les infirmières, pour le groupe des 8 heures puis pour le groupe des 12 heures. Les rangs centiles par rapport à la population générale de travailleurs ont été insérés sous chacune des moyennes et ceux en caractères gras sont des indications de QVT faible ($< 25^{\text{e}}$ centile, zone rouge). Le z du test de Mann Whitney est utilisé pour les comparaisons de moyennes; la valeur de p qui y est associée se trouve dans la dernière colonne à la droite du tableau.

Tableau 5 : Comparaison des scores globaux de QVT et rangs centiles obtenus par les deux groupes d'infirmières

Score global de QVT	Deux groupes $n = 73$	Groupe 8 h $n = 40$	Groupe 12 h $n = 33$	z	p
	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile		
QVT	6,96 (6,11) 16^e	7,47 (6,76) 14^e	6,34 (5,26) 20^e	-1,04	0,30

Note. Valeur de p significative au seuil $< 0,05$. Rang centile inférieur à 25 en caractère gras, indication de QVT faible.

Le tableau précédent permet de constater qu'il n'existe pas de différence significative entre les infirmières travaillant par quarts de 8 heures et par quarts de 12 heures sur le plan

de leur QVT (score global). Les rangs centiles des infirmières des deux groupes se situent sous le seul du 25^e centile, ou zone rouge, qui indique une faible QVT. Pour pousser davantage l'analyse des données, des comparaisons ont également été effectuées sur chacune des dimensions de la QVT mesurées auprès des infirmières ayant répondu à l'ISQVT dans le cadre de cette étude. Ces comparaisons se dressent au tableau 6 selon la même présentation (moyennes, écart types, centiles, Mann Whitney et valeur de p) que le tableau précédent.

Tableau 6 : Comparaison des scores d'écart aux dimensions de la QVT et rangs centiles obtenus par les deux groupes d'infirmières

Dimension de la QVT	Total <i>n</i> = 73	Groupe 8 h <i>n</i> = 40	Groupe 12 h <i>n</i> = 33	<i>z</i>	<i>p</i>
	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile		
1. Rémunération	4,02 (3,87) 49 ^e	4,00 (4,04) 49 ^e	4,04 (3,71) 49 ^e	-1,04	0,30
2. Cheminement professionnel	7,35 (8,70) 23 ^e	7,29 (8,79) 24 ^e	7,41 (8,73) 22 ^e	-0,17	0,86
3. Horaire de travail	7,69 (8,72) 6 ^e	8,50 (9,18) 7 ^e	6,70 (8,15) 5 ^e	-0,03	0,30
4. Climat avec les collègues	4,50 (5,43) 26 ^e	4,43 (5,57) 27 ^e	4,59 (5,34) 26 ^e	-0,78	0,94
5. Climat avec les supérieurs	8,00 (10,09) 3 ^e	8,47 (10,64) 3 ^e	4,97 (5,19) 5 ^e	-0,67	0,49
6. Caractéristiques de l'environnement	9,62 (13,05) 8 ^e	9,57 (13,41) 8 ^e	9,68 (12,80) 8 ^e	-0,37	0,71
7. Facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche	10,52 (11,62) 5 ^e	11,71 (11,85) 4 ^e	9,02 (11,33) 7 ^e	-1,71	0,09
8. Soutien offert à l'employé	5,83 (5,98) 30 ^e	6,55 (6,54) 27 ^e	4,97 (5,19) 42 ^e	-1,37	0,17

Note. Valeur de *p* significative au seuil < 0,05. Rang centile inférieur à 25 en caractère gras, indication de QVT faible pour la dimension.

Les résultats des tests de Mann Whitney ne sont associés à aucun *p* sous le seuil de 0,05. Un nombre important de dimensions présentent des résultats de faible QVT (zone rouge) tels que mis en évidence par les rangs centiles en caractères gras. La plupart des dimensions de la QVT équivalent à des scores sous le 20^e centile, voire même sous le 10^e centile. Rappelons que ces rangs centiles indiquent un risque pour la santé mentale des infirmières. Puisqu'aucune différence significative entre les deux groupes d'infirmières n'a été constatée sur les dimensions de la QVT, il s'est avéré pertinent de cibler spécifiquement

chacune des sous-dimensions mesurées par l'ISQVT auprès des infirmières composant l'échantillon. Les comparaisons de ces 34 scores d'écart sont présentées au tableau 7.

Tableau 7 : Comparaison des scores d'écart aux sous-dimensions de la QVT et rangs centiles obtenus par les deux groupes d'infirmières

Sous-dimensions de la QVT	Total <i>n</i> = 73	Groupe 8 h <i>n</i> = 40	Groupe 12 h <i>n</i> = 33	<i>z</i>	<i>p</i>
	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile		
1.1. Revenu	4,25 (5,30) 57 ^e	3,59 (6,10) 65 ^e	5,04 (4,10) 50 ^e	-1,51	0,13
1.2. Avantages sociaux	5,41 (5,72) 14 ^e	5,87 (6,35) 14 ^e	4,85 (4,89) 15 ^e	-0,41	0,68
1.3. Sécurité du revenu	2,40 (4,54) 60 ^e	2,54 (4,90) 55 ^e	2,23 (4,13) 62 ^e	-0,27	0,79
2.1. Possibilités d'avancement	6,68 (12,13) 32 ^e	6,57 (15,17) 36 ^e	6,83 (6,58) 31 ^e	-1,37	0,17
2.2. Mutation	4,39 (8,66) 60 ^e	3,55 (5,22) 72 ^e	5,37 (11,49) 51 ^e	-0,14	0,89
2.3. Perfectionnement et formation	10,99 (15,72) 19 ^e	11,83 (16,89) 16 ^e	9,98 (14,37) 20 ^e	-0,47	0,64
3.1. Horaire sur la santé	6,23 (10,08) 33 ^e	5,64 (8,09) 36 ^e	6,95 (12,17) 26 ^e	-0,61	0,56
3.2. Flexibilité de l'horaire	6,58 (12,60) 19 ^e	7,63 (11,54) 10 ^e	5,33 (13,86) 25 ^e	-1,53	0,13
3.3. Absences pour raisons familiales	10,19 (15,89) 2 ^e	12,15 (17,92) 2 ^e	7,97 (13,16) 3 ^e	-1,34	0,18
4.1. Sentiment d'appartenance	4,88 (8,15) 17 ^e	5,45 (8,62) 16 ^e	4,19 (7,62) 26 ^e	-1,42	0,16
4.2. Compétitivité	2,54 (5,68) 47 ^e	1,76 (3,07) 56 ^e	3,58 (7,92) 34 ^e	-0,06	0,95

Tableau 7: Comparaison des scores d'écart aux sous-dimensions de la QVT et rangs centiles obtenus par les deux groupes d'infirmières (suite)

QVT et sous-dimensions de la QVT	Total <i>n</i> = 73	Groupe 8 h <i>n</i> = 40	Groupe 12 h <i>n</i> = 33	<i>z</i>	<i>P</i>
	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile		
4.3. Relations avec les collègues	5,24 (8,19) 34 ^e	4,24 (7,89) 46 ^e	6,46 (8,50) 23 ^e	-1,31	0,19
4.4. Conflits de rôle	4,89 (7,30) 30 ^e	6,46 (8,89) 19 ^e	3,21 (4,69) 44 ^e	-0,91	0,37
5.1. Relation avec mon supérieur	8,98 (19,14) 12 ^e	8,89 (20,10) 12 ^e	9,08 (18,21) 12 ^e	-1,16	0,25
5.2. Relation avec mes employés	2,93(4,86) 40 ^e	3,15 (5,67) 37 ^e	2,68 (4,05) 40 ^e	-0,67	0,50
5.3. Relation avec mon employeur	5,75 (10,35) 19 ^e	5,79 (7,69) 18 ^e	5,72 (12,73) 19 ^e	-0,50	0,62
5.4. Commentaires et évaluations	8,88 (12,66) 12 ^e	10,46 (16,00) 8 ^e	7,10 (7,17) 17 ^e	-0,54	0,59
5.5. Circulation de l'information	10,48 (16,38) 7 ^e	11,65 (10,36) 6 ^e	9,02 (13,66) 8 ^e	-0,53	0,60
6.1. Lieu de travail	10,72 (17,98) 1 ^{er}	10,30 (19,04) 1 ^{er}	11,21 (16,89) 1 ^{er}	-0,87	0,39
6.2. Équipements et outillages	8,48 (10,62) 5 ^e	8,94 (10,80) 5 ^e	7,91 (10,55) 6 ^e	-0,34	0,74
7.1. Charge émotive	7,16 (9,63) 8 ^e	7,32 (8,62) 7 ^e	6,97 (10,87) 9 ^e	-0,93	0,36
7.2. Efficacité au travail	5,25 (6,23) 7 ^e	5,93 (6,12) 6 ^e	4,43 (6,35) 11 ^e	-1,61	0,11
7.3. Temps pour exécuter les tâches	8,81 (13,06) 4 ^e	12,73 (15,94) 1 ^{er}	3,92 (5,15) 31 ^e	-3,48	0,00**

Tableau 7 : Comparaison des scores d'écart obtenus aux sous-dimensions de la QVT et rangs centiles obtenus par les deux groupes d'infirmières (suite)

QVT et sous-dimensions de la QVT	Total <i>n</i> = 73	Groupe 8 h <i>n</i> = 40	Groupe 12 h <i>n</i> = 33	<i>z</i>	<i>p</i>
	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile	\bar{x} (ÉT) Centile		
7.4. Participation aux prises de décisions	8,20 (15,69) 9^e	9,34 (16,95) 7^e	6,72 (14,02) 14^e	-1,23	0,21
7.5. Correspondance compétences/tâches	3,04 (4,49) 55^e	3,04 (4,43) 55^e	3,04 (4,65) 55^e	-0,40	0,69
7.6. Autonomie	2,38 (3,39) 82^e	2,70 (3,41) 80^e	1,98 (3,37) 85^e	-0,64	0,52
7.7. Diversité des tâches	2,16 (5,70) 62^e	1,38 (6,19) 76^e	3,11 (4,98) 45^e	-1,33	0,18
7.8. Charge physique	9,18 (13,02) 8^e	9,47 (14,38) 7^e	8,85 (11,46) 9^e	-0,14	0,89
7.9. Clarté du rôle dans l'organisation	5,90 (12,83) 23^e	7,42 (15,79) 14^e	4,20 (8,27) 35^e	-0,99	0,32
8.1. Facilités	8,67 (13,63) 17^e	8,12 (9,91) 19^e	9,39 (17,53) 15^e	-0,92	0,36
8.2. Prise en charge du travail en mon absence	10,82 (16,29) 7^e	15,15 (20,12) 4^e	5,95 (8,53) 28^e	-1,74	0,08
8.3. Répartition de la charge lors d'absence(s)	17,78 (22,66) 1^{er}	24,08 (26,36) 1^{er}	10,23 (14,26) 2^e	-2,21	0,03*
8.4. Relation avec syndicat	6,32 (9,29) 20^e	4,83 (6,47) 30^e	8,48 (12,13) 11^e	-0,71	0,48
8.5 Ressources d'aide aux employés	7,70 (17,72) 13^e	7,15 (16,01) 14^e	8,52 (20,34) 11^e	-0,85	0,40

Note. *z* : Valeur *z* du test de Mann-Whitney. * *p* < 0,05 ** *p* < 0,01. Rang centile inférieur à 25 en caractère gras, indication de QVT faible pour la sous-dimension.

Les résultats précédents révèlent l'absence de différences significatives entre les deux groupes sur le score global de QVT et sur 32 des 34 sous-dimensions de l'ISQVT. Les deux sous-dimensions sur lesquelles sont observées des différences statistiques s'avèrent le *Temps pour exécuter les tâches* (sous-dimension n° 7.3) et la *Répartition de la charge lors de l'absence d'un ou de plusieurs employés* (sous-dimension n° 8.3). En effet, le score d'écart obtenu par rapport au *Temps disponible pour accomplir les tâches* (n° 7.3) par les infirmières qui travaillent par quarts de 12 heures se révèle significativement plus faible (3,92) que celui obtenu par les infirmières travaillant par quarts de 8 heures (12,73) ($p < 0,01$). De la même façon, un écart plus faible pour la *Répartition de la charge lors de l'absence d'un ou de plusieurs employés* (n° 8.3) est constatée pour le groupe d'infirmières par quarts de 12 heures (10,23) par rapport au groupe des 8 heures (24,08) ($p < 0,05$).

Il est possible d'identifier des sous-dimensions de QVT particulièrement problématiques pour les infirmières composant l'échantillon total par rapport aux travailleurs en général en portant attention aux rangs centiles inférieurs à 20. Ces sous-dimensions comprennent la *Charge émotionnelle* (8^e centile), la *Relation avec mon supérieur* (12^e centile), l'*Efficacité au travail* (7^e centile), le *Lieu de travail* (1^{er} centile), les *Équipements et outillages* (5^e centile), le *Temps pour exécuter les tâches* (4^e centile), la *Participation aux prises de décisions* (9^e centile), la *Prise en charge du travail en mon absence* (7^e centile), la *Répartition de la charge lors d'absences* (1^{er} centile), les *Absences pour raisons familiales* (2^e centile), la *Charge physique* (8^e centile) et la *Circulation de l'information* (7^e centile). Les meilleurs résultats obtenus par les infirmières de l'échantillon total concernent le *Revenu* (57^e centile), la *Sécurité du revenu* (60^e centile), la *Mutation* (60^e centile), la *Correspondance entre les compétences et les tâches* (55^e centile), l'*Autonomie* et la *Diversité des tâches* (62^e centile).

Afin de visualiser les résultats des deux groupes l'un par rapport à l'autre, le tableau 8 propose une classification des huit dimensions et des 34 sous-dimensions dans les trois zones de QVT par rapport à la population générale de travailleurs ayant permis d'établir les valeurs standards de l'ISQVT ($n = 2\,900$).

Tableau 8 : Classement des scores de QVT selon le rang centile dans les zones verte, jaune et rouge

Groupe des 8 heures	Groupe des 12 heures
Bonne QVT – zone verte - >50^e centile	
1.1. Revenu	1.1. Revenu
1.3. Sécurité du revenu	1.3. Sécurité du revenu
2.2. Mutation	2.2. Mutation
4.2. Compétitivité	7.5. Correspondance compétences/tâches
7.5. Correspondance compétences/tâches	7.6. Autonomie
7.6. Autonomie	7.7. Diversité des tâches
7.7. Diversité des tâches	
QVT Passable – Zone jaune - 26-50^e centile	
1. Rémunération	1. Rémunération
2. Cheminement professionnel	2. Cheminement professionnel
2.1. Possibilités d'avancement	2.1. Possibilités d'avancement
3.1. Horaire sur la santé	3.1. Horaire sur la santé
4. Climat avec les collègues	3.2. Flexibilité de l'horaire
4.3. Relations avec les collègues	4. Climat avec les collègues
5.2. Relations avec les employés	4.1. Sentiment d'appartenance
8. Soutien offert à l'employé	4.2. Compétitivité
8.4. Relation avec le syndicat	4.4. Conflit de rôle
	5.2. Relations avec les employés
	7.3. Temps pour exécuter les tâches
	7.9. Clarté du rôle
	8. Soutien offert à l'employé
	8.2. Prise en charge du travail en mon absence
QVT faible – Zone rouge - <25^e centile	
Score global	Score global
1.2. Avantages sociaux	1.2. Avantages sociaux
2.3. Perfectionnement et formation	2.3. Perfectionnement et formation
3. Horaire de travail	3. Horaire de travail
3.2. Flexibilité de l'horaire	3.3. Absences pour raisons familiales
3.3. Absences pour raisons familiales	4.3 Relations avec les collègues
4.1. Sentiment d'appartenance	5. Climat avec les supérieurs
4.4. Conflit de rôle	5.1. Relations avec le supérieur
5. Climat avec les supérieurs	5.3. Relations avec l'employeur
5.1. Relations avec le supérieur	5.4. Commentaires et évaluations
5.3. Relations avec l'employeur	5.5. Communication de l'information
5.4. Commentaires et évaluations	6.1. Lieu de travail
5.5. Communication de l'information	6.2. Équipement et outillages
6.1. Lieu de travail	8.1. Facilités
6.2. Équipement et outillages	7. Facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche
7. Facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche	7.1. Charge émotive
7.1. Charge émotive	7.2. Efficacité au travail
7.2. Efficacité au travail	7.4. Participation aux prises de décisions
7.3. Temps pour exécuter les tâches	7.8. Exigences physiques
7.4. Participation aux prises de décisions	7.9. Clarté du rôle
7.8 Exigences physiques	8.3. Répartition de la tâche lors d'absences
7.9. Clarté du rôle	8.4. Relation avec le syndicat
8.1. Facilités	8.5. Ressources d'aide aux employés
8.2. Prise en charge du travail en mon absence	
8.3. Répartition de la charge lors d'absences	
8.5. Ressources d'aide aux employés	

Le tableau 8 permet d'apprécier visuellement le nombre important de dimensions et de sous-dimensions qui se situent dans la zone rouge; les résultats qui y sont associés contribuent à élever le score d'écart global de QVT des infirmières des deux groupes à l'étude (donc, à affaiblir leur score global de QVT). Le décompte des scores d'écart problématiques (zone rouge) est toutefois moins élevé pour le groupe des 12 heures que pour le groupe des 8 heures. La dimension de l'*Horaire de travail* (n° 3) se retrouve dans la zone de faible QVT pour les deux groupes. Les sous-dimensions associées à une bonne QVT, ou dont les scores d'écart s'élèvent au-dessus du 50^e centile (zone verte), s'avèrent minoritaires et sensiblement comparables pour les deux groupes à l'étude. La zone jaune (QVT passable) associée au groupe des 8 heures contient 9 dimensions et sous-dimensions, pour 14 en ce qui concerne le groupe des 12 heures.

4.3 CORRÉLATIONS ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES DES INFIRMIÈRES ET LEURS SCORES D'ÉCART DE QVT

Afin de répondre aux deuxième et troisième questions de recherche, des corrélations ont été effectuées entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières et leur QVT. La force des corrélations, tant pour les valeurs positives que négatives, sera interprétée selon les standards suivants (voir tableau 9) :

Tableau 9 : Interprétation de la force des corrélations

Valeur de r	Force de la corrélation
0,00 à 0,25	Aucune à faible
0,26 à 0,49	Faible
0,50 à 0,69	Modérée
0,70 à 0,89	Forte
0,90 à 1,00	Très forte

Source : Munro (2005).

Le tableau 10, intitulé *Corrélations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des deux groupes d'infirmières et leur score global de QVT* permet de constater la présence ou l'absence de relations significatives entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles et le score global de QVT obtenu par chacun des groupes à l'étude et pour l'échantillon total d'infirmières. Les corrélations ont été établies avec le coefficient Rho de Spearman.

Tableau 10 : Corrélations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des deux groupes d'infirmières et leur score global de QVT

Caractéristiques des deux groupes d'infirmières (n = 73)																
	Âge	Sexe	Statut civil	Salaire	Enfants à charge	Niveau de formation	Études en cours	H	Secteur de soins	Choix de la durée des quarts	Rotations	Jours de travail /14 jours	Heures supplé-mentaires /semaine	Pauses et repas	Plage horaire (jour ou autre)	Jours de congé consécutifs /14 jours
Score global QVT																
Coefficient de corrélations (r) Rho de Spearman																
QVT deux groupes ¹	-,068	,105	-,132	-,055	-,019	,095	,136	-,159	-,174	-,065	-,009	,103	,008	-,219	,174	,033
QVT 8 heures ²	-,099	-,243	-,075	,195	,195	-,118	,148	-,347*	-,022	,101	,159	,035	-,198	-,086	,164	,266
QVT 12 heures ³	-,355*	,133	-,155	-,040	-,045	,331	,014	-,022	-,306	-,132	-,121	,072	,196	-,410*	,149	,004

*p < 0,05 significatif en caractère gras. 1. n = 73; 2. n = 40; 3. n = 33.

Sur le plan statistique, la QVT globale (score global) des infirmières au total n'est corrélée avec aucune des seize caractéristiques qui ont été mesurées. Le score global de QVT des infirmières par quarts de 8 heures s'associe à la localité de l'hôpital où elles travaillent ($r = -0,35$, $p < 0,05$) mais à aucune autre des caractéristiques mesurées. Deux caractéristiques sont corrélées avec la QVT des infirmières qui travaillent par quarts de 12 heures. D'abord, il est possible de constater une corrélation faible et négative ($r = -0,36$, $p < 0,05$) entre l'âge et le score d'écart de QVT qui indique que plus les infirmières sont jeunes, moins bonne sera leur QVT lorsqu'elles travaillent par quarts de 12 heures. De plus, la capacité de prendre ses pauses et ses repas s'associe faiblement et négativement ($r = -0,41$, $p < 0,05$) à la QVT des infirmières travaillant par quarts de 12 heures, ce qui signifie que plus celles-ci prennent leurs pauses, plus leur score global diminue et, donc, elles bénéficient d'une meilleure QVT.

À titre complémentaire et pour cerner plus spécifiquement les relations obtenues au tableau 12, des corrélations ont été effectuées sur les caractéristiques des infirmières des deux groupes avec la totalité des 34 sous-dimensions de l'ISQVT; elles sont présentées aux appendices F et G. Les corrélations de ces appendices qui seront pertinentes à la discussion des résultats de recherche sont les suivantes :

Tableau 11 : Synthèse des corrélations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières et les sous-dimensions de la QVT

Corrélation	Variables	Groupe(s)	<i>r</i>
Significative	Âge et Horaire sur la santé (n° 3.1)	8 heures	-0,39*
Non significative	Âge et Horaire sur la santé (n° 3.1)	12 heures	-0,31
Significative	Sexe et Horaire sur la santé (n° 3.1)	12 heures	-0,37*
Non significative	Salaire et QVT globale	8 et 12 heures	-0,06 et -0,06
Non significative	Choix de la durée des quarts et Horaire sur la santé (n° 3.1)	8 et 12 heures	-0,06 et 0,10
Non significative	Choix de la durée des quarts et Flexibilité de l'horaire (n° 3.2)	8 et 12 heures	-0,15 et 0,05
Significative	Prise des pauses et des repas et Efficacité au travail (n° 7.2)	8 heures	0,32*

* $p < 0,05$

Tel que résumé dans le tableau précédent, l'âge des infirmières travaillant par quarts de 8 heures est corrélé significativement avec l'effet de l'horaire sur la santé (n° 3.1), mais ces deux variables ne sont pas associées de manière significative dans le cas du groupe des 12 heures. Le sexe des infirmières s'associe à l'effet de l'horaire sur la santé (n° 3.1) pour le groupe des 12 heures. Le salaire n'est pas corrélé avec la QVT globale des infirmières des deux groupes à l'étude. Le fait de détenir le choix de la durée de ses quarts de travail ne présente aucune corrélation avec les sous-dimensions qui ont attrait à l'horaire de travail (n° 3.1 et 3.2). La variable Prise des pauses et des repas entre en corrélation avec l'efficacité au travail de manière significative.

Bref, ce chapitre des résultats a présenté les caractéristiques des infirmières composant l'échantillon; des comparaisons entre les deux groupes à l'étude ont été effectuées sur ces caractéristiques. En lien avec la première question de recherche, d'autres comparaisons ont été effectuées, permettant de déterminer l'existence de différences entre

les deux groupes concernaient les scores de QVT globale et ceux obtenus aux dimensions et aux sous-dimensions de la QVT telle que mesurée par l'ISQVT. Afin de répondre aux deuxième et troisième questions de recherche, il a été nécessaire de procéder à des analyses de corrélations sur les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières et leur QVT globale. Des tables de corrélation apposées en appendice présentaient les résultats du croisement de ces mêmes caractéristiques avec chacune des sous-dimensions de la QVT mesurées auprès des infirmières des deux groupes.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Le présent chapitre a pour but de poser un regard critique sur les résultats mis en évidence au chapitre précédent en lien avec l'état des connaissances actuelles sur le sujet à l'étude. La discussion portera d'abord sur les caractéristiques de l'échantillon et sur les deux questions formulées pour cette recherche, puis, une réflexion portera sur la qualité de vie au travail (QVT) des infirmières de la présente étude par rapport à la QVT des travailleurs en général. Enfin, les limites de l'étude seront abordées ainsi que des recommandations pour d'éventuelles recherches.

Cette recherche contribue à combler une lacune relativement au fait que peu de données récentes ont été publiées au Québec sur la QVT des infirmières. La dernière vague d'études semblables portait sur un sujet voisin plus global, c'est-à-dire la santé mentale au travail, et remonte à une dizaine d'années, soit au dénouement de la dernière restructuration du réseau de la santé (Bourbonnais, Comeau, Dion & Vézina, 1997; Brun et al., 2003). L'intérêt principal de la présente étude était centré sur trois questions de recherche :

- 1) Existe-t-il des différences significatives sur le plan de la QVT telle que mesurée par l'ISQVT, entre les infirmières québécoises qui travaillent dans les hôpitaux par quarts de 8 heures et de 12 heures?
- 2) Existe-t-il des relations entre les caractéristiques individuelles et la QVT d'infirmières travaillant par quarts de 8 heures dans les hôpitaux québécois?
- 3) Existe-t-il des relations entre les caractéristiques organisationnelles et la QVT d'infirmières travaillant par quarts de 12 heures dans les hôpitaux québécois?

5.1 CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES DE L'ÉCHANTILLON

En lien avec le chapitre précédent, les lignes qui suivent discutent du fait que les caractéristiques de l'échantillon ne peuvent assurer une représentativité de la population infirmière québécoise. Ceci s'effectuera en référence, le plus souvent, au Rapport statistique sur l'effectif infirmier de l'OIIQ (2013). Les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières seront aussi commentées d'un point de vue comparatif entre les deux groupes à l'étude. Le tableau 14 présente les caractéristiques de l'échantillon par rapport à celles de la population. Aucune donnée disponible recensée ne concernait le statut civil de la population, le nombre d'enfants, les études en cours, les rotations à l'horaire, la plage horaire ni le nombre de congé consécutifs.

Tableau 12 : Caractéristiques individuelles et organisationnelles de l'échantillon par rapport à la population

Caractéristique	Échantillon	Population
Âge	37,2 ans	43,0 ans
Sexe féminin	88%	90%
Sexe masculin	12%	10%
H localité de Montréal	66%	32%
H localité urbaine de grande taille	29%	62%
H localité urbaine de petite taille	6%	6%
Secteur soins généraux	55%	78%
Secteur soins critiques	45%	22%
Formation DEC	34%	55%
Formation BAC	56%	32%
Formation DESS/Maîtrise	9,6%	3,3%
Jours/heures de travail/sem.	38 heures/semaine	28 heures/semaine
Heures supplémentaires	2,3 heures/semaine	4,2 heures/semaine
Travailler durant les pauses	35%	65%

5.1.1 Âge et sexe

D'abord, l'âge moyen des infirmières québécoises s'élève à 43,0 ans (OIIQ, 2013) alors que les infirmières du présent échantillon ne sont âgées en moyenne que de 37,2 ans. Le travail par quarts de 12 heures pourrait attirer plus fortement les jeunes infirmières, or, il est possible que l'invitation à participer à l'étude envoyée par Internet ait pu rejoindre un pourcentage plus important de jeunes participantes.

5.1.2 Localité de l'hôpital et secteur de soins

L'horaire par quarts de 12 heures est implanté en plus grande proportion dans les hôpitaux de Montréal et dans les secteurs de soins critiques. En effet, 66 % de l'échantillon travaille dans un hôpital localisé dans la métropole. Alors que les infirmières des milieux hospitaliers inscrites au tableau de l'OIIQ (2013) travaillent dans 32 % des cas dans la région de Montréal. En ce qui concerne leur secteur de pratique, les milieux de soins critiques ne se rapportent qu'à 22 % de l'effectif québécois en milieu hospitalier (OIIQ, 2013), mais à 45 % des infirmières de cette étude.

5.1.3 Formation

Le niveau de scolarité plus élevé de l'échantillon de cette étude par rapport à la population s'avère hypothétiquement en lien avec le jeune âge de ce même échantillon. En effet, l'avènement du programme de type DEC-BAC depuis près de dix ans facilite l'accès aux études universitaires des jeunes infirmières diplômées au Québec.

5.1.4 Jours/heures de travail

L'effectif infirmier travaillait en moyenne 28 heures par semaine au Québec selon l'Enquête sur la population active de 2007 (Laberge & Montmarquette, 2009). Malheureusement, outre le bilan statistique de 2012-2013 de l'OIIQ qui révèle que 59 % des infirmières travaillent à temps complet, aucune donnée plus récente concernant les heures de travail des infirmières québécoises n'est disponible. Chez les participantes de la présente étude, la moyenne d'heures travaillées par semaine par le groupe des 12 heures atteint le cap du temps plein et dépasse même les 40 heures (40,8 heures), ce qui signifie qu'une partie de ces heures est possiblement effectuée en temps supplémentaire. Cette moyenne d'heures travaillées hebdomadairement déclarée par l'échantillon a pu être influencée à la hausse par le fait que les critères d'exclusion de l'étude ne permettaient pas aux infirmières détenant un statut d'emploi occasionnel de participer.

5.1.5 Heures supplémentaires

Le temps supplémentaire en soins infirmiers inquiète depuis quelques années les instances ministérielles, professionnelles et populationnelles. Il est estimé que les infirmières du secteur public canadien ont travaillé l'équivalent de 11 400 postes à temps plein en temps supplémentaire payé et non payé en 2010 (Berry & Curry, 2012). Par année au Canada, les heures supplémentaires travaillées par les infirmières coûtent entre 962 millions et 1,5 billion de dollars (Drebit, 2010). Les infirmières de la présente étude effectuent un peu plus de deux heures supplémentaires par semaine; ce nombre se veut inférieur aux données moyennes canadiennes obtenues auprès de 7 738 infirmières qui ont affirmé travailler 4,2 heures supplémentaires par semaine en 2010 (Drebit, 2010). Les seules statistiques sur le temps supplémentaires en termes d'heures par semaine pour les infirmières québécoises datent de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, alors que celles-ci disaient travailler 6 heures supplémentaires par

semaine. Ces données se veulent plus élevées que celles obtenues dans la présente étude, mais il est nécessaire de préciser que, contrairement aux deux études citées, les infirmières de l'échantillon n'ont pas été questionnées sur les heures supplémentaires non officielles, c'est-à-dire celles non déclarées ni payées par l'employeur. À ce sujet, autant que la moitié des infirmières (49 %) canadiennes affirment faire des heures supplémentaires non rémunérées (Shields & Wilkins, 2006).

5.1.6 Fréquence des pauses et repas

Les infirmières à l'occasion de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (Shields & Wilkins, 2006), 65 % des infirmières québécoises avaient affirmé devoir travailler souvent durant leurs pauses. Dans le cas de la présente étude, 35 % de l'échantillon affirme ne prendre leur pause que rarement ou jamais.

5.2 DIFFÉRENCES ENTRE LES GROUPES SUR LE PLAN DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES

La discussion sur les différences entre les deux groupes sur le plan des caractéristiques portera sur les variables, *jours/heures de travail par semaine, heures supplémentaires, prise des pauses et des repas, rotations et plage horaire*. La variable *choix de la durée des quarts*, sur laquelle une différence significative a été constatée entre les deux groupes, fera l'objet d'une réflexion plus poussée dans la sous-section portant sur les corrélations.

5.2.1 Jours/heures de travail par semaine

Les résultats indiquent aussi que les gestionnaires des hôpitaux peuvent potentiellement s'attendre qu'en instaurant les horaires par quarts de 12 heures, les infirmières s'investiront au travail durant un plus grand nombre d'heures en moyenne par semaine que s'ils maintiennent les horaires par quarts de 8 heures (35,2 heures (8 h) versus 40,8 heures (12 h)). Sur le plan individuel, travailler moins souvent durant la semaine (3,4 jours (12 h) versus 4,4 jours (8 h) ($p < 0,05$)) et l'obtention d'un bloc de congés consécutifs plus long (8,2 jours/14 en moyenne comparativement à 5 jours/14 pour les quarts de 8 heures ($p < 0,05$)) motive probablement les infirmières par quarts de 12 heures à travailler un plus grand nombre d'heures lors de leur semaine de travail dite comprimée. Tel que mentionné précédemment, ces infirmières du groupe des 12 heures travaillent hebdomadairement un total approximatif de 41 heures, pour 35 heures en ce qui concerne le groupe des 8 heures ($p < 0,05$). Il n'y a cependant pas que des avantages à cette situation si l'on se fie aux écrits publiés sur le sujet. Selon une étude américaine, les infirmières qui travaillent plus de 40 heures par semaine ont une plus grande prédisposition à expérimenter des événements indésirables au travail, par exemple des erreurs de médicaments et/ou des blessures par aiguilles (Olds & Clarke, 2010).

5.2.2 Heures supplémentaires

Sur la question des heures supplémentaires, les gestionnaires et le personnel infirmier seront contraints de constater, à la lumière résultats de cette étude, que le nombre d'heures supplémentaires effectuées par semaine ne s'avère pas significativement réduit dans un système d'horaires par quarts prolongés. En effet, 7 % (ou 2,5 heures) des heures totales travaillées au cours d'une semaine par les infirmières par quarts de 8 heures sont effectuées en temps supplémentaire alors que ce pourcentage correspond à 5 % (ou 2,1 heures) pour les infirmières par quarts de 12 heures ($p > 0,05$). Dans le cadre d'une étude de plus grande

envergure conduite aux États-Unis ($n = 393$), des auteurs (Rogers et al., 2004) avaient constaté que les quarts de 8 heures sont associés chez les infirmières à du temps supplémentaire dans 85 % des cas, alors que ce pourcentage s'abaissait à 79 % pour les quarts de 12 heures ($p = 0,0001$).

5.2.3 Prise des pauses et des repas

Les infirmières du groupe des 8 heures affirment à 35 % prendre *rarement ou jamais* leurs temps de pauses et de repas, pour un pourcentage significativement plus bas de 9 % dans le cas des infirmières par quarts de 12 heures ($p < 0,05$). Ceci peut s'expliquer simplement par le fait que ces dernières infirmières disposent de quatre heures de plus, donc, elles sont moins souvent contraintes de travailler durant leurs pauses et temps de repas que les infirmières travaillant par quarts de 8 heures. Une discussion plus étendue concernant la variable *pauses et repas* est proposée plus loin dans ce chapitre, relativement à la troisième question de recherche.

5.2.4 Rotations et plage horaire

À la lumière de la présente étude, travailler par quarts de 12 heures implique pour les infirmières de s'adonner significativement plus souvent à des rotations sur les plages horaires (jour et soir). Toutefois, cela ne signifie pas qu'elles s'engagent à renoncer à l'idée de travailler uniquement de jour. En effet, la proportion d'infirmières par quarts de 12 heures qui doit travailler autrement que sur le quart de jour exclusivement (75,8 %) n'est pas statistiquement plus élevée que celle du groupe des 8 heures (57,5 %) ($p > 0,05$). Ceci peut découler du fait que seulement deux plages horaires doivent être comblées pour les horaires prolongés, comparativement à trois en ce qui concerne l'horaire par quarts de 8 heures. Ce constat témoigne également de la diversité des systèmes d'horaires par quarts de 12 heures existants, par exemple, de type rotatif, de jour seulement ou de nuit seulement. Cela dit, les infirmières par quarts de 12 heures ne reconnaissent pas une plus grande

flexibilité à leur horaire (sous-dimension n° 3.2) que les infirmières par quarts de 8 heures ($p > 0,05$). Pourtant, plusieurs études antérieures auprès d'infirmières ont démontré que l'un des avantages des quarts de 12 heures repose sur une plus grande flexibilité de l'horaire (Bloodworth, 2001; Dwyer et al., 2007; McGrettick, 2006; Richardson et al., 2003; Richardson et al., 2007; Wooten, 2000).

Au terme de cette section, il a été possible d'établir sur quelles caractéristiques les deux groupes à l'étude diffèrent significativement (*choix de la durée des quarts, rotations, jours de travail/14 jours, pauses et repas, jours de congé consécutifs*) et des explications possibles à ces différences ont été apportées. Également, il a été démontré que les caractéristiques de l'échantillon de cette étude ne s'apparentent que très peu à celles de la population infirmière québécoise (échantillon non-représentatif), ce qui appelle à la prudence en ce qui concerne la généralisation des résultats présentés.

5.3 DIFFÉRENCES ENTRE LES GROUPES SUR LE PLAN DE LA QVT

Les sous-sections suivantes portent une réflexion sur les résultats de la première question de cette étude, qui s'intéresse à la comparaison de deux groupes d'infirmières québécoises, c'est-à-dire travaillant par quarts de 8 heures et de 12 heures, sur le plan de leur QVT telle que mesurée par l'ISQVT.

5.3.1 Score global de QVT

D'abord, le score global de QVT ne diffère pas significativement entre les deux groupes de sujets ($p > 0,05$). Aucune étude ne traite directement de la QVT des infirmières en lien avec la durée des quarts de travail, mais deux auteurs s'y sont intéressés sous l'angle de la satisfaction au travail. Une meilleure satisfaction au travail a été verbalisée par les infirmières américaines de l'étude de Bloodworth (2001) suite à l'introduction de quarts de

12 heures à leur horaire. Une proportion de 85 % de ces infirmières disait vouloir maintenir les horaires par quarts de 12 heures alors que 12 % étaient indécises. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Stone et al. (2006) auprès de 805 infirmières de 13 hôpitaux new-yorkais dont la majorité des sujets par quarts de 12 heures se sont avérés plus satisfaits au travail que ceux dont l'horaire est composé de quarts de 8 heures et ont expérimenté moins d'épuisement émotionnel ($p < 0,05$).

5.3.2 Dimensions et sous-dimensions de la QVT

D'un point de vue plus spécifique, deux sous-dimensions de la QVT des infirmières font état de différences significatives en fonction de la durée des quarts de travail, il s'agit du *temps pour exécuter les tâches* (n° 7.3) ($p < 0,05$) et la *répartition de la charge lors d'absences* (n° 8.3) ($p < 0,05$). Tel qu'il sera discuté et appuyé par des références internationales, des résultats convergents avec ceux-ci ont été signalés antérieurement.

En ce qui concerne le temps pour exécuter les tâches (n° 7.3), les auteurs (Bloodworth 2001; Dwyer et al., 2007; Richardson et al. 2003, Wooten, 2000) suggèrent que les infirmières travaillant par quarts de 12 heures, par rapport aux quarts de 8 heures, possèdent plus de temps pour planifier leur travail, pour dispenser les soins et pour parler avec le patient et sa famille avec lesquels elles développent de meilleures relations. De plus, elles disposent de périodes pour s'adonner à de la promotion de la santé et pour planifier les congés, elles administrent les médicaments davantage à l'heure prévue et elles s'avèrent plus satisfaites du temps disponible pour s'adonner aux changements de quarts (Richardson et al., 2007; Wooten, 2000).

La répartition de la charge de travail lors de l'absence d'un ou de plusieurs employés (n° 8.3) n'est pas un phénomène abordé directement par les auteurs des publications recensés, mais il est possible de déduire qu'une charge qui est déjà élevée (plus précisément, dans la présente étude, les charges émotive (n° 7.1) et physique (n° 7.8) correspondent toutes deux au 8^e centile) en situation d'effectifs complets sera encore plus

lourde lorsqu'une infirmière s'absente sans possibilité de remplacement. Il peut en effet survenir que, lorsqu'une infirmière n'entre pas travailler pour cause de maladie, aucune collègue ne soit disponible pour la remplacer laissant ainsi une position vacante, ou que cette position soit comblée par un employé non équivalent sur le plan des compétences (Drebit, 2010; Berry & Curry, 2012). En disposant de davantage de temps pour mener à bien le travail à accomplir, comme dans le cas des quarts de 12 heures, l'absence d'une personne sera ressentie moins fortement que dans les quarts de travail plus courts. Selon les propos de Lea & Bloodworth (2003), les quarts de travail de 12 heures contribuent à diminuer les absences et font en sorte que davantage de personnel soit disponible pour entrer travailler en temps supplémentaire au besoin.

En résumé, les deux groupes d'infirmières ont obtenu des scores globaux de QVT qui ne présentent pas de différence significative statistiquement. Aucun aspect de la QVT des infirmières ne s'est avéré significativement plus favorable aux infirmières par quarts de 8 heures par rapport au groupe des 12 heures. Ce dernier groupe bénéficie toutefois de deux avantages sur ses collègues par quarts de 8 heures, inhérents aux sous-dimensions du *temps pour exécuter les tâches* (n° 7.3) et de la *répartition de la charge lors de l'absence d'un ou de plusieurs employés* (n° 8.3).

5.4 CORRÉLATIONS ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES DES INFIRMIÈRES ET LEUR QVT

En référence avec la deuxième question de recherche, une attention sera portée à chacune des caractéristique mesurée auprès des infirmières de cette étude en relation avec leurs scores d'écart obtenus à l'ISQVT, tant globalement que sur certaines dimensions et sous-dimensions pertinentes à la discussion.

5.4.1 Âge

Le Tableau 11 permet de constater que l'*âge* s'associe faiblement et significativement à la QVT globale des infirmières par quarts de 12 heures ($p < 0,05$). Cette caractéristique est également corrélée faiblement avec la sous-dimension de l'*effet de l'horaire sur la santé* (n° 3.1), ce, de manière significative pour le groupe des 12 heures ($p < 0,05$) et non significative pour le groupe des 8 heures ($p > 0,05$). Ceci signifie que les infirmières plus jeunes, moins elles s'avèrent satisfaites des effets de l'horaire sur leur santé. Il est reconnu par plusieurs auteurs que les infirmières plus jeunes, peu importe leur horaire, expérimentent davantage de stress et d'insatisfaction dans le milieu de travail qui se répercutent négativement sur leur niveau de QVT (Réhaume, Clément & Lebel, 2010; Lavoie-Tremblay, 2010; Wilson, Squires, Widger, Cranley & Tourangeau, 2008; Dolan, Gracia, Cabezas & Tzafrir, 2008). Le manque de sommeil constitue un aspect commun du travail par quarts prolongés et il semble que les jeunes adultes seraient plus affectés physiquement par un sommeil insuffisant que les adultes plus âgés; ce phénomène a été démontré spécifiquement auprès d'infirmières américaines (Witkoski Stimpfel, 2011). La présente étude ne comprend aucune mesure de la fatigue ou du sommeil en relation avec la QVT, un tel lien pourrait néanmoins être vérifié dans le cadre de recherches ultérieures. Contradictoirement aux résultats de la présente étude, Witkoski Stimpfel (2011) mentionne que les quarts prolongés se révèlent adaptés aux infirmières plus jeunes qui ont moins d'enfants ou de personnes dépendantes à la maison et qui ont besoin d'un horaire plus flexible pour pouvoir faire des études en dehors du travail.

5.4.2 Enfants/personnes à la charge et études en cours

Les variables *enfants/personnes à la charge* et *études en cours* ne présentaient aucune relation significative avec la QVT globale des infirmières par quarts de 12 heures (ni de 8 heures) de la présente étude.

5.4.3 Sexe et statut civil

Le sexe n'est pas corrélé significativement à la QVT globale des infirmières des deux groupes étudiés dans le cadre de cette recherche. Or, les corrélations effectuées sur chaque sous-dimensions de l'ISQVT (Appendice G) exposent que les hommes ayant participé à l'étude sont moins satisfaits des effets de l'horaire par quarts de 12 heures sur leur santé (sous-dimension n° 3.1) que les participantes de sexe féminin ($p < 0,05$). Le fait que seulement trois sujets de sexe masculin s'inscrivent dans le groupe des 12 heures entrave la généralisation de ce résultat. Les auteurs soutiennent que les travailleurs vivent plus ou moins facilement leur expérience avec les horaires par quarts de 12 heures dépendamment du sexe et de la présence d'enfants et d'un(e) conjoint(e) à la maison (Keller, 2009; Knauth, 2007). Ces quarts prolongés seraient, en effet, défavorables aux femmes devant prendre soin d'enfants à la maison et qui ne vivent pas en couple. Toutefois, la présente étude n'a cerné aucune association significative entre la QVT globale des infirmières et ces deux caractéristiques (*enfants/personnes à la charge et statut civil*).

5.4.4 Hôpital et secteur de soins

Tel que mentionné précédemment, un plus grand pourcentage d'infirmières de cette étude travaille dans les hôpitaux de la région de Montréal par rapport à la population infirmière membre de l'OIIQ. La variable *Hôpital*, qui réfère à la localité dans laquelle se retrouve l'hôpital, s'avère corrélée avec la QVT des infirmières du groupe des 8 heures seulement. Autrement dit, les infirmières par quart de 8 heures qui pratiquent dans un hôpital d'une région urbaine autre que Montréal ont obtenu un score global de QVT moins élevé (écart plus faible); elles s'avèrent donc plus satisfaites que leurs collègues de la métropole. Le fait de vivre dans une grande ville ou dans une région rurale influence le niveau de qualité de vie générale des personnes (Ferron, 2012), mais aucune donnée de recherche concernant la QVT en fonction de la région d'activité du travailleur ou de l'infirmière n'a été identifiée. Cette caractéristique (*Hôpital*) n'est pas corrélée avec la

QVT des infirmières par quarts de 12 heures ayant participé à cette étude. En ce qui concerne le secteur de pratique, Gruses et al. (2009) présente des évidences à l'effet que certains obstacles propres au travail en unité de soins intensifs, qui constitue le milieu de travail de 45 % de l'échantillon de la présente étude, alourdissent la charge de travail et exercent un impact significatif sur la QVT des infirmières. Ces obstacles comprennent notamment un pauvre environnement physique, des problèmes d'équipements, des aires d'approvisionnement en matériel désorganisées et la gestion difficile des demandes des familles (Gruses et al., 2009). L'étude sur laquelle porte le présent mémoire n'a toutefois pas établi de corrélation entre le secteur de soins et le score global de QVT des infirmières des deux groupes.

5.4.5 Formation

Tel que constaté précédemment, les infirmières des deux groupes composant l'échantillon de cette étude possèdent un niveau de formation plus élevé que celui de la population infirmière inscrite au tableau de l'OIIQ (2013). Une formation élevée pour les infirmières est identifiée en recherche comme une variable contribuant à de meilleurs niveaux de QVT (Lewis, Brazil, Krueger, Lohfeld & Tjam, 2001; Vagharseyyedin, 2011), lien qui n'a pu être démontré par la présente étude ($p > 0,05$).

5.4.6 Choix de la durée des quarts

Les questionnaires ne doivent pas escompter qu'en donnant aux infirmières la possibilité de choisir entre les quarts de travail de 8 heures et 12 heures, que celles-ci s'en trouveront nécessairement plus heureuses ou à l'abri de problèmes de santé découlant de leur horaire. Tandis que 84 % des infirmières par quarts de 12 heures de l'échantillon ont choisi volontairement cette durée de quarts de travail, la variable du *choix de la durée des quarts* n'a influencé la QVT de ces infirmières ni globalement, ni sur aucune de ses sous-

dimensions. La variable du *choix de la durée des quarts* entretient des corrélations très faibles ou faibles et non significatives avec les sous-dimensions de l'*horaire sur la santé* ($r = -0,06$ et $r = 0,10$) et de la *flexibilité de l'horaire* (n° 3.2) ($r = -0,05$ et $r = -0,06$). Aucune étude recensée ne documente le lien entre le choix de la durée des quarts de travail et la QVT des employés.

5.4.7 Fréquence des pauses et repas

Selon la présente étude, un pourcentage élevé d'infirmières qui bénéficient d'un horaire par quarts de 12 heures, soit 91 %, affirme parvenir toujours ou souvent à s'accorder leurs périodes de repas et de pauses, pour seulement 65 % des infirmières par quarts de 8 heures. L'aménagement des horaires par quarts de 12 heures constitue donc une bonne pratique de gestion pour espérer contrer le phénomène de l'omission trop fréquente des périodes de pauses et de repas des infirmières. Or, l'impact de s'accorder ou non du repos au travail pour l'infirmière dont les quarts durent 12 heures s'avère plus critique que pour l'infirmière qui travaille par quarts de 8 heures puisque cette variable est corrélée à leur niveau QVT globale ($r = 0,41$, $p < 0,05$). Ce problème est d'autant plus inquiétant lorsque l'on s'attarde aux coefficients de corrélations significatifs obtenus entre la *fréquence des pauses et repas* et l'*efficacité au travail* en termes de quantité et de qualité pour les deux groupes ($r = 0,32$ et $r = 0,35$, $p < 0,05$, voir appendices F et G). Les infirmières du groupe des 8 heures ressentent une diminution de leur *compétence par rapport aux tâches à accomplir* (n° 7.5) lorsqu'elles n'ont pas pu prendre leurs pauses et/ou leurs repas ($p < 0,05$). Des mesures devraient être mises en place par l'organisation pour encourager les infirmières à prendre leurs pauses et leur repas régulièrement dans l'optique de préserver leur QVT et la qualité des soins aux patients. Peu d'études se sont intéressées à la problématique des temps de pauses et de repas des infirmières de milieux hospitaliers, cependant, des auteurs de d'autres domaines professionnels ont suggéré que des pauses prises périodiquement au travail améliorent la performance à court terme (Witkoski &

Dickson, 2010). Il a été démontré que, de manière régulière, les infirmières prennent effectivement le temps de manger ou d'aller en pause, mais ce, sans être exemptées de la responsabilité de leurs patients (Rogers, Hwang & Scott, 2004). Les auteurs ayant émis ce constat ont aussi conclu à une diminution de 10 % du risque d'erreurs pour toutes les dix minutes additionnelles de pause ou de temps de repas octroyées aux infirmières. Même si aucune différence significative n'a été notée quant aux taux d'erreurs entre les infirmières qui prennent leurs temps de pauses et de repas et celles qui en sont privées, ces auteurs sont d'avis que les infirmières devraient toujours s'accorder ces périodes de repos tel que prévu à leur horaire.

5.4.8 Jours de congé consécutifs

Les infirmières du groupe des 12 heures obtiennent significativement plus de congés consécutifs (8,2 jours/14) que leurs collègues par quarts de 8 heures (5 jours/14) mais cette variable n'est pas corrélée avec leur niveau de QVT global. Des auteurs (Richardson et al., 2003; Wooten, 2000, McGreticks & O'Neill, 2006) ont également confirmé cet avantage aux quarts de 12 heures qui réside dans la fréquence des congés et du temps passé à la maison. Cependant, aucun auteur n'a tenté d'établir des corrélations avec le niveau de QVT des infirmières.

5.4.9 Statut civil et Plage horaire

Les variables *statut civil* et *plage horaire*, en plus de ne pas différer significativement entre les deux groupes à l'étude, ne sont pas corrélés significativement avec le score global de QVT des infirmières.

En résumé, la section précédente a permis de constater que les caractéristiques des infirmières de l'échantillon tant par quarts de 12 heures que de 8 heures entretiennent peu

de corrélations avec leur QVT. En effet, aucune corrélation significative n'est identifiée au tableau 12 entre le score de QVT globale et les caractéristiques des infirmières de l'échantillon total. Une caractéristique, soit l'*Hôpital*, entre en relation avec la QVT globale des infirmières par quarts de 8 heures et seulement deux variables, soit l'*Âge* et la *Fréquence des pauses et des repas*, sont liées à la QVT globale du groupe des 12 heures de manière significative. Parmi ces corrélations, aucune n'est de force modérée ni élevée.

5.5 QVT DES INFIRMIÈRES PAR RAPPORT AUX TRAVAILLEURS EN GÉNÉRAL

En trouvant réponses aux deux questions de recherche, des résultats se sont avérés préoccupants quant à la QVT des infirmières de l'échantillon, résultats qui seront discutés dans la présente section. Premièrement, les scores globaux de QVT obtenus par les infirmières de l'échantillon total et des deux groupes (8 h et 12 h) correspondent respectivement aux 16^e, 14^e et 20^e centiles par rapport aux standards de QVT établis sur la base de résultats recueillis auprès d'une population générale de travailleurs de domaines diversifiés autres qu'infirmier ($n = 2\,900$). Ces résultats se révèlent vraisemblablement plus alarmants que ceux relatés dans l'Enquête nationale menée auprès de l'ensemble de la population infirmière canadienne il y a quelques années, selon lesquels 13 % des infirmières en milieux hospitalier seraient insatisfaites au travail (Shields & Wilkins, 2006). En effet, autant que 52,5 % des infirmières par quarts de 8 heures de cette étude se situent dans la zone de faible QVT globale (zone rouge), pour 33,3 % du groupe des 12 heures. Selon les concepteurs de l'ISQVT (Dupuis et al., 2009), cette zone risquée, à partir du 20^e centile et moins, fournit un indice de détection de détresse psychologique et d'épuisement professionnel. Ces résultats indiquent donc un risque de prévalence accrue de problèmes de santé mentale qui devraient appeler, si ce n'est déjà en place, à l'initiation d'interventions structurées de prévention des pathologies professionnelles et de promotion de la QVT dans les hôpitaux et ce, partout au Québec.

Les sous-dimensions qui réfèrent à la charge de travail, aux tâches et au facteur de temps se présentent comme les plus problématiques de tous les aspects de la QVT mesurés. En effet, les infirmières québécoises ayant participé à la présente étude ont obtenu un écart moyen de 7,16 (8^e centile) à la *Charge émotionnelle* (n° 7.1), de 9,18 (8^e centile) à la *Charge physique* (n° 7.8), de 10,82 (7^e centile) à la *Prise en charge de mon travail en cas d'absence* (n° 8.2), de 17,78 (1^{er} centile) à la *Répartition de la charge lors de l'absence d'un ou plusieurs employés* (n° 8.3) et de 8,81 (4^e centile) au *Temps pour exécuter les tâches* (n° 7.3). Pour chacune de ces sous-dimensions, le groupe des 12 heures présente un score d'écart plus faible donc plus encourageant que celui du groupe des 8 heures. Ces différences s'avèrent cependant non significatives sauf pour les deux dernières sous-dimensions mentionnées (*répartition de la charge lors d'absences* (n° 8.3) et *temps pour exécuter les tâches* (n° 7.3)). Il convient également, pour le bien de la discussion qui suivra, de noter l'écart important de 8,20 (9^e centile) correspondant à la sous dimension de la *Participation aux prises de décisions dans l'organisation* (n° 7.4). Chacun de ces aspects sera discuté ci-après.

D'abord, le Conseil international des infirmières (2009) soutient que le travail sous-pression constitue une problématique multinationale si bien que les infirmières de onze pays, dont le Canada, ont identifié la charge de travail comme l'aspect le plus défavorable de leur travail. En Californie et dans certains états de l'Australie, les ratios infirmière-patients sont contrôlés par la loi et par les conventions collectives afin de tenter de mieux gérer les problèmes liés aux surcharges de travail des infirmières (Berry & Curry, 2012). Les hôpitaux partout au pays sont occupés au-delà de leurs capacités : les standards recommandés pour l'occupation sécuritaire des centres hospitaliers sont fixés à 85 % au moment où la plupart de ceux-ci sont occupés à 100 % ou plus (Berry & Curry, 2012). Les deux tiers des infirmières canadiennes, soit 67 %, décrivent une charge de travail excessive pour une seule personne et 45 % précisent ne pas avoir assez de temps pour accomplir toutes les tâches qui permettraient de bien faire leur travail (Shields & Wilkins, 2006).

Au Québec, près de six infirmières sur dix, ou 59 %, disent arriver tôt ou rester tard au travail en raison des tâches trop nombreuses; il s'agit du plus haut pourcentage au pays par rapport aux autres provinces (Shields & Wilkins, 2006). Dans son rapport de 2010 sur la relation entre la QVT et la sécurité des patients, Agrément Canada (2010) souligne que deux des trois aspects les plus problématiques identifiés par les infirmières canadiennes constituent le temps pour exécuter le travail de manière adéquate ainsi que la participation aux prises de décisions dans l'organisation.

Toujours en regard des sous-dimensions plus problématiques énumérées au début de cette section, il convient de référer brièvement à deux cadres théoriques maintes fois cités dans la recherche en sciences infirmières. Il s'agit du modèle Demande/Latitute de Karasek (1976) et du modèle Psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail de Brun (2003), lequel sert d'ailleurs de cadre de référence pour la présente étude.

Selon le modèle Demande/Latitute (Karasek, 1979), la combinaison de deux contraintes, la demande psychologique et la latitude décisionnelle, détermine le degré de tension au travail et conditionne le risque de développer un problème de santé pour le travailleur. La demande psychologique renvoie à la charge quantitative de travail à accomplir, aux contraintes de temps et aux exigences mentales requises pour mener à terme les tâches de travail. La latitude décisionnelle repose sur les possibilités de la personne de se développer à travers l'exercice de son travail, de prendre des décisions concernant sa tâche, mais également sur son autonomie et sur l'exercice d'un rôle actif auprès de l'organisation dans les processus qui mènent à d'éventuels changements touchant son travail. L'exposition à une demande psychologique élevée simultanément à une faible latitude décisionnelle débouche sur un état de stress qui peut devenir pathologique pour le travailleur, tant physiquement que mentalement.

Dans un même ordre d'idées, J.P. Brun, Ph.D., auteur du modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale au travail, et ses collaborateurs (Brun et al., 2009) identifient la charge de travail et les demandes psychologiques incluant les contraintes de temps, ainsi que la faible participation aux décisions comme des facteurs de risque au

travail impliqués dans le processus de stress pouvant mener à des dysfonctionnements lourds de conséquence. La présente étude confirme que ces sous-dimensions (classés dans la *zone rouge* pour les deux groupes) constituent bel et bien des facteurs de risque pour la santé mentale, tel que suggéré dans le modèle de Brun et al. (2003). Les dysfonctionnements potentiellement rencontrés, toujours selon ce modèle, comprennent la détresse psychologique des employés, l'épuisement professionnel ainsi que l'absentéisme (Brun et al., 2003). C'est ainsi que l'on peut affirmer qu'une proportion considérable d'infirmières ayant participé à cette étude, tant comme représentant le groupe des 8 heures que le groupe des 12 heures, risque de souffrir (ou souffre déjà) d'un ou de problèmes de santé mentale au travail et sont appelées à s'absenter davantage. Même si les différences identifiables entre les groupes sont souvent minces et non significatives, 70 % des scores d'écart s'avèrent moins élevés (donc, il s'agit de résultats plus favorables à la QVT) pour le groupe des 12 heures par rapport aux 8 heures. Aussi, moins de dimensions et de sous-dimensions de la QVT se classent dans la *zone rouge* (risque de détresse psychologique et/ou d'épuisement professionnel selon Dupuis et al. (2009)) pour le groupe des 12 heures. Le recours aux quarts de travail plus longs pourrait donc constituer une pratique de gestion contribuant à prévenir les dysfonctionnements identifiés par Brun et al. (2003), à savoir les problèmes de santé mentale au travail (épuisement professionnel et détresse psychologique) et l'absentéisme dans les hôpitaux.

Toutefois, de manière non significative sur certains aspects du travail infirmier susceptibles d'influencer leur santé mentale au travail (Brun et al., 2003; Dupuis et al., 2009), les scores d'écart des infirmières par quarts de 8 heures se montrent plus encourageants que ceux obtenus par le groupe des 12 heures. D'abord, le score d'écart des infirmières travaillant par quarts de 12 heures à la sous-dimension de *l'effet de l'horaire sur la santé* (n° 3.1) s'associe au 36^e centile de QVT (4,19) alors que celui de leurs collègues des quarts de travail de durée traditionnelle s'associe au 26^e centile (5,64). Les autres sous-dimensions concernées englobent les *relations avec les collègues* (n° 4.3), l'accès aux *Facilités* (n° 8.1) et la *diversité des tâches* (n° 7.7). Des lacunes associées à ces sous-dimensions chez l'infirmière travaillant par quarts de 12 heures ont été documentées

ailleurs dans le monde (Richardson et al., 2007; Wooten, 2000). De plus, une chercheuse américaine (Witkoski Stimpfel, 2011), dont l'étude a rejoint plus de 22 000 infirmières, est venue à la conclusion que le travail infirmier opéré durant 12 heures ou plus est associé à une recrudescence de la détresse psychologique et de l'épuisement professionnel. Une solution organisationnelle cohérente avec les présentes constatations pourrait résider dans le maintien d'un certain nombre de postes de durée de 8 heures lorsque les quarts de travail de 12 heures sont implantés dans une unité de soins. Ce changement moins radical permettrait à certaines infirmières de conserver leurs quarts de travail d'une durée de 8 heures si cet horaire semble mieux leur convenir. Dans ces circonstances, la pratique de gestion selon laquelle le personnel peut s'adonner de manière autonome au choix de la durée de ses quarts de travail apparaît donc recommandable, en concordance avec les propos de plusieurs auteurs (Bailyn, Collins & Song, 2007; Clancy, Fisher, Silberzahn, Tolbert & Williams, 2012; Khani, 2008; Pryce et al., 2006), même si cette pratique ne semblait pas être en relation avec la QVT des infirmières de la présente étude (corrélation non significative).

Dans une perspective positive de la santé mentale au travail appuyée par le cadre de référence de cette étude (Brun et al., 2003; Dupuis et al., 2009), il a été possible d'identifier certains aspects favorables du vécu au travail des infirmières québécoises, qui surpassent même ceux des travailleurs en général. Parmi ceux-ci, l'*Autonomie* (n° 7.6) et le *Revenu* (n° 1.1) font particulièrement bonne figure. D'abord, une proportion de 93 % de l'échantillon se révèle plutôt heureuse de son autonomie au travail; pour un score d'écart de seulement 2,38 représentant le 82^e centile (zone *verte*). Semblablement, les infirmières canadiennes du système public affirment à 91 % que l'exercice de leur travail n'implique pas de poser des actions allant à l'encontre de leur jugement (Graham, 2011). Ces données paraissent encourageantes si l'on s'attarde au modèle de Karasek (1979), selon lequel la latitude décisionnelle, qui sous-entend le concept d'autonomie, agit comme facteur atténuateur des effets néfastes d'une charge de travail élevée. Cependant, il convient de nuancer l'interprétation de ces résultats à la lumière d'une analyse de l'Enquête canadienne sur le travail et la santé du personnel infirmier, effectuée par Graham et al. (2011). Les

auteurs identifient bel et bien, comme prédicteur de la satisfaction au travail, la dimension d'autonomie. Ils explicitent toutefois une association entre cette dimension et la charge de travail à l'effet que la satisfaction des infirmières décroît significativement sous l'effet d'une autonomie élevée lorsque celle-ci s'exerce simultanément en présence d'une surcharge de travail. Il va de soi de rappeler le fait que les infirmières québécoises de la présente étude perçoivent leur charge de travail tant émotive (centile 8) que physique (centile 8) comme lourdement problématique.

Relativement à la question du *Revenu* (n° 1.1), le score des participantes rejoint le 57^e centile en référence à un écart moyen de 4,25. La proportion d'infirmières faisant partie du plus bas quintile de revenu familial était, en 2006, plus élevée au Québec que dans les autres provinces du Canada (Shields & Wilkins, 2006). En 2007, les infirmières québécoises recevaient un salaire horaire réel moyen de 29,38 \$ comparativement à 33,81 \$ ailleurs au Canada et 34,17 \$ en Ontario et l'on constate un accroissement constant de l'écart entre le salaire horaire des infirmières du Québec et celui de leurs homologues canadiennes (Laberge & Montmarquette, 2009). Cependant, si le revenu des infirmières est examiné par rapport à celui de la population générale, il équivaut à 137,5 % du salaire moyen de la province (Laberge & Montmarquette, 2009), ce qui pourrait expliquer que près de 84 % des infirmières de la présente étude ne vivent pas de problématique par rapport à cette dimension de leur QVT. L'obtention d'un revenu satisfaisant constitue une forme de récompense pour les efforts déployés, nécessaire à une bonne QVT et à la prévention des problèmes de santé mentale au travail (Lavoie-Tremblay et al., 2008; Siegrist, 1996).

5.6 LIMITES DE L'ÉTUDE

En dépit de l'attention portée à plusieurs variables externes pouvant affecter les résultats, certaines limites méthodologiques n'ont pu être évitées ou corrigées. Premièrement, une difficulté technique importante s'est présentée au cours de la phase de recrutement ayant porté atteinte à la taille de l'échantillon. Les envois d'invitations à la

recherche ont été effectués par l'entremise du logiciel Outlook. La fonction de transfert (TR) a été utilisée de façon répétée à partir du courriel original, mais également à partir des premiers groupes d'envois ayant déjà subi le transfert (TR:TR). Il s'agissait d'un courriel explicatif détaillé proposant de participer à l'étude, accompagné de deux pièces jointes : la lettre d'invitation et de consentement (reproduction du courriel d'invitation) ainsi que le *Questionnaire sur les caractéristiques du participant*. Or, en fin de processus de collecte des données, un bogue informatique a été constaté à la suite de commentaires de certaines infirmières disant n'avoir reçu que les pièces jointes et la première ligne du courriel, c'est-à-dire l'objet. Il était nécessaire que les infirmières ouvrent le contenu attaché pour pouvoir comprendre de quoi il s'agissait, faute de quoi, elles demeuraient, en raison de ce courriel « vide », non informées des étapes à suivre pour participer. Cette situation explique probablement le faible taux de participation de 2,4 %. De plus, quelques courriels de commentaires ont été reçus à l'effet que des infirmières auraient aimé participer, mais que leur horaire contient conjointement les deux durée de quarts de travail, soit 8 heures et 12 heures et que la majorité de leurs collègues s'avèrent dans la même situation. Ceci ne leur permettait pas de participer puisqu'il s'agit d'un critère d'exclusion, réduisant potentiellement le taux de participation obtenu.

Les comparaisons ont été effectuées auprès de groupes composés d'un faible nombre de sujets ($n = 40$ et $n = 33$). En raison de distributions anormales des variables à l'étude, des tests non-paramétriques ont été utilisés. Ainsi, la taille de l'échantillon et la puissance restreinte des types de tests statistiques sélectionnés affectent le potentiel de généralisation des résultats. Malgré des propriétés psychométriques satisfaisantes mesurées auprès de milliers de travailleurs de différents domaines, l'utilisation de l'ISQVT spécifiquement auprès d'infirmières n'a fait l'objet d'aucune validation ce qui s'ajoute aux limites de l'étude. Puisqu'aucune donnée précise n'est disponible concernant les proportions dans lesquelles les horaires par quarts de 12 heures sont employés dans les différentes régions du Québec, ces proportions n'ont pu être respectées pour former l'échantillon, limitant ainsi sa représentativité. D'ailleurs, les caractéristiques individuelles et organisationnelles des

infirmières des deux groupes composant l'échantillon de la présente étude diffèrent légèrement de celles de la population infirmière québécoise.

5.7 RECOMMANDATIONS

5.7.1 Recommandations pour la pratique

En concordance avec les constatations d'une QVT problématique pour les infirmières de cette étude (score global de l'échantillon total dans la *zone rouge*), il serait nécessaire de mobiliser un comité ou, du moins, de désigner une personne ressource dans chaque centre dont le mandat serait orienté vers la promotion de la QVT. Surtout dans les milieux où sont implantés les horaires par quarts de 12 heures, les programmes promotionnels et préventifs en matière de santé mentale au travail devraient tenir compte du vécu particulier des jeunes infirmières. Il demeure approprié de limiter le travail des infirmières à 40 heures par semaines pour des raisons légitimes de qualité des soins et des services à la clientèle. Toujours dans l'intérêt d'un travail efficace et de qualité, des mesures incitant les infirmières par quarts de 8 heures à prendre leurs pauses et leurs repas, par exemple en allongeant leurs quarts de travail, pourraient être envisagées. L'utilisation simultanée des deux systèmes d'horaires, soit par quarts de 8 heures et de 12 heures, dans un même milieu constitue une pratique non documentée dans la littérature et qui n'a malheureusement pas été examinée dans la présente recherche. Toutefois, après avoir examiné les différences entre les deux groupes à l'étude, il a été possible d'attribuer des avantages aux quarts de travail plus longs mais également aux quarts de durée traditionnelle. Il apparaît donc convenable de ne proscrire aucun des deux systèmes et d'offrir le choix au personnel de se prononcer sur la gestion de leur horaire. Cependant, il faut comprendre que cette pratique d'autogestion ne pourra alléger la problématique de la QVT faible des infirmières. D'autre part, certaines dimensions organisationnelles affectent négativement les infirmières de manière plus percutante que leur horaire de travail. La charge émotive et les exigences

physiques comptent parmi ces facteurs contribuant à l'expérience de sentiments négatifs. Dès lors, le recours aux quarts de 12 heures ne doit en aucun cas être associé à une hausse du ratio infirmière-patients, à l'attribution de tâches supplémentaires, à l'omission de remplacer le personnel absent et/ou au remplacement des absences par du personnel moins qualifié.

5.7.2 Recommandations pour la recherche

Un projet de recherche ultérieur auprès d'un échantillon aléatoire plus nombreux et employant un devis de recherche corrélationnel prédictif permettrait d'examiner les liens entre les horaires par quarts prolongés et la QVT avec plus de force et de précision. Une validation de l'ISQVT auprès d'infirmières ou le développement d'un autre instrument de mesure valide de la QVT propre aux infirmières serait bienvenue pour permettre l'acquisition de données plus spécifiques à cette profession particulièrement touchée par les grands enjeux démographiques et par la pénurie de professionnels de la santé. Les résultats de recherche générés par cette étude encouragent une pratique de la gestion des services infirmiers basée sur les données probantes. Or, pour que le partenariat entre les différents acteurs puisse se concrétiser (chercheurs, gestionnaires et infirmières), la diffusion de cette recherche, déjà débutée depuis 2012, devra se poursuivre à travers la production de publications dans les périodiques susceptibles de rejoindre un maximum d'instances à l'échelle provinciale mais également canadienne.

5.7.3 Recommandations pour la formation

Suite aux constats d'un niveau de QVT majoritairement faible des infirmières québécoises ayant participé à cette démarche scientifique (score global de l'échantillon total associé au 16^e centile), certaines mesures préventives pourraient être mises en place dans les milieux d'enseignement infirmiers. Il serait pertinent d'intégrer les notions de santé

mentale au travail et de QVT dès les premières années de la formation infirmière théorique et pratique et de préparer la relève infirmière à faire face aux aspects du travail vécus plus péniblement par la population infirmière québécoise, identifiées dans la présente étude. Le corps enseignant au niveau universitaire, où sont formés les administrateurs infirmiers de demain, sont appelés à aborder la question des horaires par quarts de 12 heures de manière à faire connaître les aspects positifs tout comme les mises en garde à l'effet de cette pratique de gestion du temps de travail.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour but de vérifier l'existence de différences sur le plan de la qualité de vie au travail (QVT) entre les infirmières qui travaillent par quarts de 8 heures et de 12 heures dans les hôpitaux et d'examiner les liens entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles de ces infirmières (par quarts de 8 heures et de 12 heures) et leur niveau de QVT. C'est grâce à cette notion de QVT qu'une perspective positive de la santé mentale au travail des infirmières a pu être proposée; le concept de QVT ayant été incorporé au modèle psycho-socio-organisationnel de la santé mentale de Brun et al. (2003) sous l'approche des systèmes de contrôle de Dupuis et al. (1989). L'étude a eu recours à un questionnaire sur les caractéristiques du participant pour dresser un portrait détaillé de l'échantillon ($n = 73$) qui a permis la constatation d'un échantillon non-représentatif de la population ce qui rend discutable sa représentativité et les possibilités de généralisation des résultats. Les données recueillies par l'entremise de l'ISQVT ont servi à établir les profils de QVT sur lesquels les deux groupes ont été comparés.

Il en résulte que, sans influencer la QVT globale des infirmières, le système d'horaire par quart de 12 heures, comparativement à celui par quarts de 8 heures, offre des avantages tant pour l'organisation que pour l'individu qui y est assujéti. Soulignons d'abord que les infirmières de l'échantillon travaillent le plus souvent par choix selon des quarts de 12 heures. Cette opportunité de choisir la durée des quarts n'est toutefois pas associée à leur QVT globale. Si l'on se fie aux résultats de cette recherche, les gestionnaires introduisant les quarts de travail de 12 heures auprès de leur personnel peuvent s'attendre à constater une augmentation des heures travaillées. En effet, les infirmières du groupe des 12 heures ont affirmé travailler approximativement 6,0 heures de plus par semaine que leurs collègues du groupe des 8 heures. Sur le plan individuel, les infirmières par quarts de 12 heures

bénéficient de davantage de congé consécutifs, ce qui peut s'avérer attrayant pour plusieurs. Au travail, par rapport à leurs collègues travaillant par quarts de 8 heures, elles disposent de davantage de temps pour accomplir leur tâche et vivent moins difficilement l'absence d'un ou de plusieurs employés en ce qui concerne la répartition de la charge de travail. Concernant les infirmières par quarts de 8 heures, il apparaît qu'en ayant moins de temps pour mener à bien leurs tâches, celles-ci omettent plus souvent de s'accorder leurs pauses et leurs temps de repas, ce qui affecte leur efficacité au travail en termes de quantité et de qualité. En outre, plus l'âge des infirmières augmente, plus elles se plaisent dans un système d'horaire par quarts prolongés à 12 heures. Il importe cependant de noter que ces horaires ne réduisent pas significativement le nombre d'heures supplémentaires des infirmières; nombre qui s'élève à 2,5 heures semaine pour le groupe des 8 heures et à 2,1 heures pour le groupe des 12 heures. À cet effet, le nombre moyen d'heures supplémentaires obtenu auprès de l'échantillon de la présente étude s'avère moins élevé que celui identifié précédemment dans la recherche infirmière sur le plan canadien et québécois, qui se situait entre 4 et 6 heures par semaine (Drebit, 2010 ; Shields & Wilkins, 2006). La QVT des infirmières québécoises se présente comme inquiétante à la lumière des résultats de la présente démarche de recherche, surtout dans un contexte de pénurie où ces professionnelles personnalisent actuellement le cœur du système de santé (profession la plus nombreuse). Pour les deux groupes à l'étude, les scores globaux de QVT s'inscrivent dans la zone de faible QVT, de même que 22 sous-dimensions sur 34 pour le groupe des 8 heures, et 19 dimensions sur 34 pour le groupe des 12 heures. De la même manière toujours pour les deux groupes étudiés, la dimension de l'horaire de travail se retrouve dans la zone critique. Cette zone critique, pour les scores classés sous le 20^e centile par rapport à la population générale de travailleurs, indique une prédisposition aux problèmes de santé mentale au travail tels que l'épuisement professionnel et la détresse psychologique. Des mesures préventives en matière de QVT devraient être promues à travers les pratiques de gestion en milieu hospitalier, par la formation dans les établissements d'enseignement et par des recherches ultérieures sur le sujet en sciences infirmières. À l'achèvement de ce document, il convient d'invoquer le besoin impérieux, pour les gestionnaires, de préconiser

une culture de QVT à travers l'ensemble des processus décisionnels, notamment en ce qui concerne les horaires de travail, le tout, non seulement pour optimiser la santé mentale du personnel, mais pour exempter la clientèle d'une rupture dans la qualité des soins dispensés.

RÉFÉRENCES

- Accreditation Canada. (2010). *2010 Canadian Health Accreditation Report: Through the Lens of Qmentum - Exploring the Connection between Patient Safety and Quality of Worklife*. Ottawa, ON: Auteur.
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M, Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction and quality of hospital care : cross sectional surveys on nurse and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, 1759-2151.
- Albarran, J.W., Giannakopoulou, M., Kalafati, M., Karanikola, M.N.K., Lemonidou, C., & Papathanassoglou, E.D.E. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral Distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21(2), 41-52.
- Al Hassael, M.M. (2011). *Marketing management : information, communication et stratégies*, Paris : Publibook.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2005). *Dotation en personnel infirmier. Les erreurs se multiplient lorsque les infirmières travaillent de longues heures dans les hôpitaux*. Repéré à http://www2.cna-aaiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RS_Long_Working_Hours_f.pdf
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2012). *Ensemble des établissements membres de l'AQESSS*. Repéré à <http://www.aqesss.qc.ca>.
- Bailyn, L., Collins, R., Song, Y. (2007). Self-scheduling for hospital nurses: an attempt and its difficulties. *Journal of Nursing Management*, 15, 72-77.
- Barrau-Baumstarck, K., Rebeschini, E., Dalivoust, G., Durand-Bruguerolle, D., Gazazian, G., & Martin, F. (2009). Effets du type d'aménagement horaire du travail sur la qualité de vie : étude auprès de 145 agents paramédicaux des services de réanimation. *Presse Med.*, 38, 246-353.

- Berry, L., & Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. Ontario : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
- Blythe, J., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L.L., & Butt, M. (2008). La qualité de vie au travail et la valeur du travail infirmier. Dans C. Viens, Lavoie-Tremblay, M. & Mayrand Leclerc, M. *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 21-34), Québec : Presses Inter Universitaires.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G., Vézina, M. (1997). *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au Québec*. Ste-Foy : Équipe de recherche Impacts sociaux et psychologique du travail, Département d'ergothérapie, Faculté de médecine Université Laval.
- Brooks, B. A., & Anderson, M. A. (2004). Nursing work life in acute care. *Journal of Nursing Care Quality*, 19, 269-275.
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J., & Ivers, H. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail: une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Montréal : Bibliothèque nationale du Québec.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis : Saunders/Elsevier.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2^e éd.). Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Cheung, F. Y. L., & Tang, C. S. K. (2009). Quality of work life as a mediator between emotional labor and work family interference. *Journal of Business and Psychology*, 24, 245-255.
- Clancy, C., Fisher, J., Silberzahn, A., Tolbert, T. & Williams, S. (2012). *Relationship Between Self-Scheduling and Nurse Satisfaction*. Repéré à okpalliative.nursing.ouhsc.edu
- Clarke, P.N., & Brooks, B. (2010). Quality of nursing worklife: *Conceptual clarity for the future*. *Nursing Science Quarterly*, 23(4), 301-305.
- Cummings, G. G., Olson, K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E., et al. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 508-518.
- Dasgupta, P. (2012). Effect of Role Ambiguity, Conflict and Overload in Private Hospitals' Nurses' Burnout and Mediation Through Self Efficacy. *Journal of Health Management*, 14(4), 513-534

- Daubermann D.C., & Tonete, V.L.P. (2013). Quality of work life of nurses in primary health care, *Acta Paul Enferm*, 25(2), 277-283.
- Davis, L., & Trist, E. (1974). Defining work life, Dans J. O'Toole (Éd.), *Work and the quality of life: Ressource papers for work in America* (pp.40-48). Cambridge, MA: MIT Press.
- Delmas, P., Escobar, M., & Duquette, A. (2001). La qualité de vie au travail. Validation de la version française d'un instrument de mesure. *L'infirmière du Québec*, 8(6), 17-28.
- Dolan, L., S., Garcia, S., Cabezas, C., & Tzafrir, S. S. (2008). Predictors of « quality of work » and « poor health » among primary health-care personnel in Catalonia : Evidence based on cross-sectional, retrospective and longitudinal design. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21, 203-218.
- Drebit, S., Ngan, K., Hay, M., & Algamgir, H. (2010). Tends and costs of overtime among nurses in Canada, *Health Policy*, 96, 28-35.
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M-C., Kennedy, E., & David, P. (1989). A new tool to assess quality of life: The Quality of Life Systemic Inventory. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 5, 36-45.
- Dupuis G., Martel J.-P., Voirol C., Bibeau, L., & Hébert-Bonneville, N. (2009). *La qualité de vie au travail. Bilan des connaissances. L'inventaire systématique de qualité de vie au travail (ISQVT)*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Dwyer, T., Jamieson, L., Moxham, L., Austen, D., & Smith, K. (2007). Evaluation of the 12-hour Shift trial in a regional intensive care unit, *Management*, 15, 711-720.
- Estabrooks, C.A., Cummings, G.G., Olivio, S.A., Squires, J.E., Giblin, C., & Simpson, N. (2009). Effects of shift length on quality of patient care and health care provider outcomes: systematic review, *Qual Saf Health Care*, 18, 181-188.
- Estryn-Béhar, M., & Van der Geijden, B. (2012). Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance and patient safety, *Work*, 41, 4283-4290.
- Ferguson, S. A., & Dawson, D. (2011). 12-h or 8-h shifts? It depends. *Sleep Medicine Review*, 1-10.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*, Montréal : Chenelière Éducation.

- Freeney, Y., M., & Tiernan, J. (2009). Exploration of the facilitators of, and barriers to work engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1557-1565.
- Godefoy, P. (2011). Vue d'ensemble – La satisfaction dans la vie : les personnes se donnent 7 sur 10 en moyenne. *Insee Références France Portrait social*, 1-14.
- Goode, D.A. (1989). Quality of Life, Quality of Work Life. Dans W. E. Kiernan & R. L. Schalock, In *Economics, industry and disability: a Look Ahead*. (pp.337-349). Baltimore : Paul H. Brookes.
- Gormanns, N., Lasota, M., McCracken, M., & Zitkyte, D. (2011). *Faits en bref : absentéisme et heures supplémentaires*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers : Ottawa.
- Graham, K. R., Davies, B. L., Woodend, A. K., Simpson, J., & Mantha, S. L. (2011). Impacting Canadian Public Health Nurses' Job Satisfaction. *Canadian Journal of Public Health*, 102(6), 427-431.
- Gruses, A., P., Carayon, P., Wall, M. (2009). Impact of performance obstacles on intensive care nurses workload, perceived quality and safety of care and quality of working life. *Health Research and Educational Trust*, 44(2), 422-443.
- Hegney, D., Plank, A., & Parker, V. (2006). Extrinsic and intrinsic work values: their impact on job satisfaction in nursing. *The Journal of Nursing Management*, 14, 271-281.
- Hsu, M. Y., & Kernohan, G. (2006). Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 120-131.
- Iliopoulou, K.K., & While, A.E. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of Advances Nursing*, 66(11), 2520-2531.
- Ineson, S. (2012). Retention of the nursing workforce in their third age. Health Workforce New Zealand, Repéré à www.healthworkforce.govt.nz
- Institut de la statistique du Québec (2012). Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010. *Zoom Santé*, 34, Québec : Gouvernement du Québec.
- International Council of Nurses (2009). Nurses in the workplace: Expectations and needs: A global survey of nurses. Repéré à http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/advocacy/nurses_in_the_workplace/survey.swf

- Keller, S.M. (2009). Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity, and employee health, *AAOHN J*, 57(12), 497-502.
- Knauth, P. (2007). Extended work periods, *Industrial Health*, 45, 125-136.
- Kohler, M. (2010). *Exploring the relationships among work-related stress, quality of life, job satisfaction, and anticipated turnover on nursing units with clinical nurse leaders* (Thèse de doctorat inedite). University of South Florida, FL.
- Kovner, C, Brewer, C, Wu, Y.W., Cheng, Y., & Suzuki, M. (2006). Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1):71-79.
- Laberge, M., & Montmarquette, C. (2009). Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec. Repéré à www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2009RP-01.pdf.
- Lachin, J.M. (1981). Introduction to Sample Size Determination and Power Analysis for Clinical Trials. *Controlled Clinical Trials* 2, 93-113.
- Lamarche, P.A., Beaulieu, M. D., Pineault, R., Contrandriopoulos, A.-P., Denis, J.L., & Haggerty, J. (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Montréal : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Lane, C., Fernandes Antunes, A., & Kingma, M. (2009). *The nursing community, macroeconomic and public finance policies: towards a better understanding, Discussion Paper: Number 2 - 2009*. Organisation mondiale de la santé : Genève.
- Lanteigne Cormier, E. (2009). *L'influence du style de leadership des infirmières gestionnaires sur le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la qualité de vie au travail des infirmières des foyers de soins* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Moncton, NB.
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., & Mayrand Leclerc, M. (2008). L'environnement de travail : un élément déterminant du bien-être et de la qualité de vie au travail des infirmières. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc. *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 35-44). Québec : Presses Inter Universitaires.
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., & Mayrand Leclerc, M. (2009). Infirmières et infirmiers : la santé au travail, ça va? Dans P. Delmas. *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir?* (pp.197-210). Paris : Wolters Kluwer.
- Lea, A., & Bloodworth, C. (2003). Mordernising the 12-hour shift. *Nursing Standards*, 17(19), 33-36.

- Lewis, D., Brazil, K., Krueger, P., Lohfeld, L., Tjam, E. (2001). Extrinsic and intrinsic determinants of quality of work life. *Leadership in Health Services*, 14, 9-15.
- Lockley, S. W., Barger, L. K., Ayas, N.T., Rothschild, J.M., Czeisler, C.A., Landrigan, C.P., Harvard Work Hours & Health and Safety Group. (2007). Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, 33(11), 7-18.
- Lothschuetz Monthomery, K., & Geiger-Brown, J. (2010) Is it time to pull the plug on 12-hour shifts?: Part 2. Barriers to change and executive leadership strategies. *The Journal of Nursing Administration*, 40(4), 147-149.
- Markham, L. G. (2010). *Quality of work life as a predictor of employees' mental health*. (Mémoire de maîtrise inédit), University of the Free State, Bloemfontein, F.S.
- Martel, J.-P. (2005). *Conception et validation de l'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©)* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal : Montréal.
- McGillis Hall, L., Irvine, D., Baker, G.R., Pink, G., Sidani, S., & O'Brien Pallas, L. (2001). *Study of the impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on Patient, system & nurse Outcomes*. Toronto : University of Toronto & Canadian Health Services Research Foundation.
- McGillis Hall, L., & Kiesners, D. (2005). A narrative approach to understanding the nursing work environment in Canada. *Social Science & Medicine*, 61, 2482-2491.
- McGrettick, K.S. & O'Neill, M.A. (2006). Critical nurses – perceptions of 12-h shifts, *Nursing critical care*, 11(4), 188-197.
- Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. [Brochure]. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Justice du Canada (2012). *Code Canadien du Travail*. Repéré à <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/L-2.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux*. [Brochure]. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2008). *Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Québec : Gouvernement du Québec.

- Montmarquette, C., & Thomas, L. (2005). *La pénurie de travailleurs qualifiés*. Article 2005RP-03. Repéré à <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2005RP-03.pdf>
- Munro Hazard, B. (2005). *Statistical Methods for Health Care Research* (5^e éd.). Philadelphia: Lippincott.
- Myers, A. & Hansen, C.H. (2003). *Psychologie expérimentale*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Nazon, E.A. (2011). *Le concept de la qualité de vie : représentation dans les revues infirmières francophones du Québec* (Mémoire de maîtrise inédit). Université d'Ottawa, Ottawa.
- O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2), 12-16.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) (2008). CROP. Sondage auprès des infirmières d'agences. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/le-journal/archives/mai-juin-2008-vol-5-n-5/l-oiiq-a-rendu-public-un-sondage-crop-sur-le>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2013). Rapport statistique sur l'effectif infirmier de 2012-2013. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/rapport-statistique-sur-leffectif-infirmier-2012-2013>.
- Pico, B.F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Pryce, J., Albertsen, K., & Nielsen, K. (2006). Evaluation of an open-rota system in a Danish psychiatric hospital: A mechanism for improving job satisfaction and work-life balance. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 282-288.
- Réhaume, A., Clément, L. & LeBel, N. (2010). Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses : A repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 490-500.
- Richardson A., Dabner N., & Curtis, S. (2003). Twelve-hour shift on ITU: a nursing evaluation. *Nursing in Critical Care* 8(3), 103-108.
- Richardson, A., Turnock, C., Harris, L., Finley, A., & Carson, S. (2007). A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff. *Journal of Nursing Management*. 15(8), 838-46.

- Robertson, K. (1990). *Registered nurses' perceptions of leadership systems of nurse managers and quality of work life conditions and feelings* (Thèse de doctorat non publiée). University of Alabama, Birmingham, AL.
- Rogers, A.E., Hwang, W-T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.
- Scott, L., Hwang, W-T., Rogers, A., Nysse, T., Dean, G.E., & Dinges, D.F. (2007). The relationship between nurse work schedules, sleep duration and drowsy driving. *SLEEP*, 30(12), 1801-1807.
- Scott, L.D., Rogers, A.E., Hwang, W-T, & Zhang, Y. (2006). Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patient safety. *American Journal of Critical Care*, 15, 20-37.
- Seashore, S. (1975). Defining and measuring the quality of working life. Dans L.E. Davis & A. B. Cherns (Éd.) *The quality of working life. Problems, Prospects and the state of the art* (pp.119-122). New York: The Free Press
- Sheppard, H.L. (1975). Some indicators of quality of working life: A simplified approach to measurement. Dans L.E. Davis & A. B. Cherns (Éd.) *The quality of working life. Problems, Prospects and the state of the art* (pp.119-122). New York: The Free Press
- Shields, M., & Wilkins, J. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Ottawa : Santé Canada et Institut canadien d'information sur la santé.
- Siegrist, J. A. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward condition. *Journal of Occupational health Psychology*, 1, 27-42.
- Stone, P.W., Du, Y., Cowell, R., Amsterdam, N., Helfrich, T.A., Linn, R.W., Mojica, L.A. (2006). Comparaison of nurse, system and quality of patient care outcomes in 8-hour and 12-hour shifts. *Medical Care*, 44(2), 1099-1106.
- SPSS Inc. (2011). *Statistical Package for Social Sciences* (version 19): SPSS Inc.
- Thanacoody, P. R., Bartram, T., & Casimir, G. (2009). The effects of burnout and supervisory social support on the relationship between work-family conflict and intention to leave. *Journal of Health Organization and Management*, 23(1), 53-69.
- Tomblin Murphy, G.T., Birch, S., Alder, R., MacKenzie, A., Lethbridge, L., Little, L., & Cook, A. (2009). *Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage*. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.

- Trinkoff, A., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J., & Muntaner, C. (2006). How long and how much are nurses working now? *The American Journal of Nursing*, 106(4), 60-71.
- Trinkoff, A.M., Le, R., Geiger-Brown, J., & Lipscomb, J. (2007). Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 28, 156-164.
- WHOQOL (1997). Quality of life assessment : the World Health Organization perspective, *Eur Psychiatry*, 12(3), 263-266.
- Webster, J., Flint, A. L., & Courtney, M. D., (2009). A new practice environment measure based on the reality and experiences of nurses working lives. *Journal of Nursing Management*, 17(1), pp. 38-48.
- Wilson, B., Squires, M., Widger, K., Cranley, L., & Tourangeau, A. (2008). Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. *Journal of Nursing Management*, 16, 716-723.
- Witkoski Stimpfel, A. (2011). *The impact of hospital staff nurse shift length on nurse and patient outcomes* (Thèse de doctorat inédite). University of Pennsylvania, Pennsylvania.
- Wooten, N. (2000). Evaluation of 12 hour shifts on a cardiology nursing development unit. *British Journal of Nursing*, 9(20), 2169-2174.

APPENDICE A
DIMENSIONS DE LA QVT DES INFIRMIÈRES

Dimensions de la QVT des infirmières selon les auteurs du domaine

Auteur	Dimensions
Almaiki, 2012	Besoins familiaux Heures de travail Main d'oeuvre infirmière (nursing staffing) Autonomie Gestion et supervision Opportunités de développement professionnel Environnement de travail Attitudes du public envers les infirmières Facteurs salariaux
Argentero, Miglioretti & Anilletta, 2007	Relations professionnelles Organisation du travail Prendre soin des patients Habileté professionnelle Développement professionnel
Attridge & Callahan, 1990	Caractéristiques de l'organisation Nature du travail infirmier Reconnaissance de sa valeur Ressources humaines et autres ressources Relations avec les collègues Développement de la carrière personnelle
Brooks et Anderson, 2005	Vie à la maison/vie au travail Système de travail Contexte de travail Monde du travail
CCHSA, 2004	Caractéristiques du rôle Prise de décision Milieu favorisant l'apprentissage Déterminants de la santé physique et mentale Équité et justice Relations sociales et environnement Reconnaissance et soutien des pairs Partage du leadership stratégique et tactique Culture Congruence des valeurs

Hsu, 2006	Aspects socioéconomiques Aspects démographiques Aspects organisationnels Caractéristiques du travail Relations humaines Actualisation de soi Autres aspects latents
Knox & Irving, 1997	Autonomie Stress Relations avec le supérieur Conflit de rôle Performance au travail Feedback Opportunités d'avancement Salaire
Nayeri, 2011	Conditions de travail Possibilités de promotion Salaire et bénéfices Autonomie Support Attractivité du travail
O'Brien Pallas & Baumann, 1992	Facteurs individuels Facteurs sociaux, environnementaux et contextuels Facteurs opérationnels Facteurs administratifs Demandes des patients sur le système Politiques du système de santé Marché du travail
Vagharseyyedin, 2011	Style de leadership et de gestion Latitude décisionnelle Travail par quarts, salaire et bénéfices marginaux Relations avec les collègues Caractéristiques démographiques Tension/charge de travail
Villeneuve et al., 1995	Relatif au système de travail Relatif au travail lui-même Satisfaction personnelle et sentiments par rapport au travail Vie au travail/vie à la maison Relatif à la gestion/au leadership Société et monde du travail

APPENDICE B
ÉTUDES AUPRÈS D'INFIRMIÈRES AVEC COMPARAISONS ENTRE LES
QUARTS DE 8 HEURES ET DE 12 HEURES

Études auprès d'infirmières avec comparaisons entre les quarts de 8 heures et de 12 heures

Premier auteur, année	Effet	Signification	Préférence
Hoffman (2003)	Satisfaction au travail Stress	Non significatif Significatif ($p = 0,04$)	8 heures
Rogers (2004)	Probabilité d'effectuer du temps supplémentaire	Significatif ($p = 0,01$)	12 heures
Stone (2006)	Épuisement émotionnel Satisfaction au travail	Significatif ($p < 0,001$) Significatif ($p < 0,001$)	12 heures 12 heures
Barrau-Baumstarck (2009)	Qualité de vie	Significatif ($p = 0,01$)	12 heures
Estry-Béhar (2012)	Satisfaction du temps travail/vie privée Satisfaction du niveau de bien-être Épuisement professionnel Inquiétude de faire des erreurs	Significatif ($p < 0,001$) Significatif ($p < 0,05$) Significatif ($p < 0,05$) Significatif ($p < 0,05$) Significatif ($p < 0,05$)	12 heures 12 heures 8 heures 8 heures
Scott (2006)	Erreurs et quasi-erreurs	Significatif ($p = 0,001$)	8 heures
Rogers (2004)	Erreurs et quasi-erreurs	Significatif ($p = 0,001$)	8 heures
Bollschweiler (2001)	Rémission des patients Mortalité Durée du séjour	Significatif ($p < 0,05$) Significatif ($p < 0,05$) Significatif ($p < 0,05$)	12 heures 12 heures 12 heures
Wilkins (2008)	Erreurs de médicaments	Significatif ($p < 0,05$)	12 heures
Stone (2006)	Rapports d'incident Sécurité des patients Qualité des soins	Non significatif Non significatif Non significatif	
Bellebun (2009)	Erreurs de médicaments	Non significatif	

APPENDICE C

INSTRUMENT DE MESURE UTILISÉ DURANT L'ÉTUDE : INVENTAIRE

SYSTÉMIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Instrument de mesure utilisé durant l'étude : Inventaire systématique de la qualité de vie au travail ou ISQVT (Dupuis et al., 2009)

Le questionnaire suivant, l'ISQVT, a servi à mesurer la QVT auprès de l'échantillon de cette étude. Les infirmières se sont rendues au www.qualitedevie.uqam.ca pour y répondre. Le narrateur introduit chacune des 34 questions de la manière suivante : « Cette dimension concerne [nom de la dimension]. La situation idéale signifie d'être parfaitement heureux de [nom de la dimension]. »

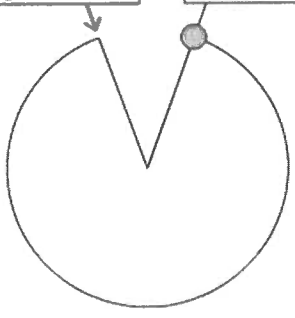
Question 1 : Sous-dimension 1.1.

Revenu (salaire, commission, pourboire, etc)


→ **Situation idéale:** être parfaitement heureux(se) dans ce domaine

Pire situation possible
(éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL

 Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle : →

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 2 : Sous-dimension 1.2.

Bénéfices marginaux (vacances, assurances, congés de maladie, etc)

→ **Situation idéale:** être parfaitement heureux(se) des bénéfices marginaux reliés à mon emploi

Situation actuelle : _____ →

Situation désirée : - - - - - →

Vitesse de rapprochement

Vitesse d'éloignement

Situation idéale

Pas de changement

RECOMMENCER PROCHAINE QUESTION

Question 3 : Sous-dimension 1.3.

Sécurité de revenu

→ **Situation idéale:** être parfaitement heureux(se) de la sécurité de revenu que m'offre mon travail

Pire situation possible (Éloignement maximal)

Situation idéale

RAPPEL

Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle : _____ →

RECOMMENCER PROCHAINE QUESTION

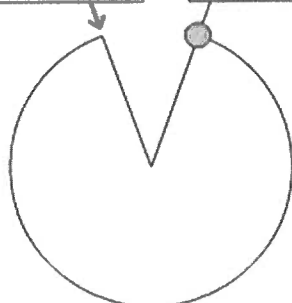
Question 4 : Sous-dimension 2.1.

Possibilités d'avancement

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) des possibilités d'avancement que m'offre l'entreprise

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

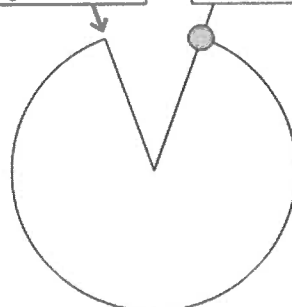
Question 5 : Sous-dimension 2.2.

Mutation

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) du système de mutation de l'entreprise

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

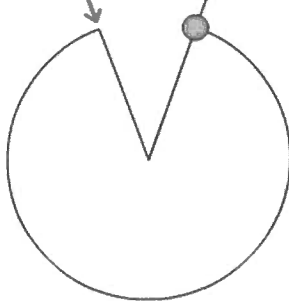
Question 6 : Sous-dimension 2.3.

Perfectionnement et formation

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) du perfectionnement et de la formation offerts par l'entreprise

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

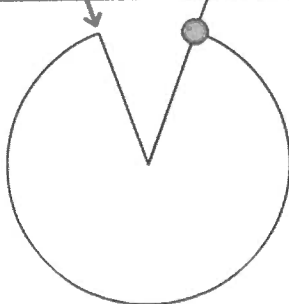
Question 7 : Sous-dimension 3.1.

Horaire de travail

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) des conséquences de mon horaire de travail sur ma santé (nombre d'heures, plage horaire)

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 8 : Sous-dimension 3.2.

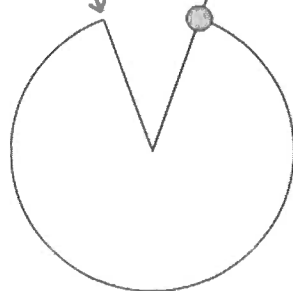
Horaire variable

--> **Situation idéale:** être parfaitement heureux(se) de la flexibilité de mon horaire de travail



Pire situation possible
(éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 9 : Sous-dimension 4.1.

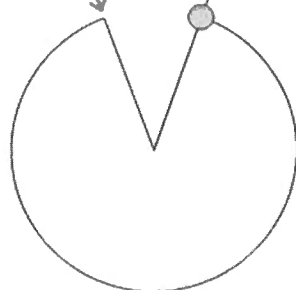
Sentiment d'appartenance

--> **Situation idéale:** être parfaitement heureux(se) du sentiment d'appartenance que je ressens à l'égard de l'entreprise pour laquelle je travaille



Pire situation possible
(éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

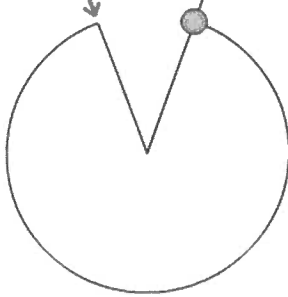
Question 10 : Sous-dimension 7.1.

Charge émotive

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de la charge émotive occasionnée par ma tâche

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

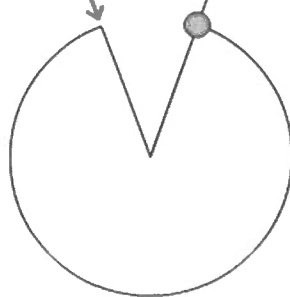
Question 11 : Sous-dimension 4.2.

Compétitivité

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) du niveau de compétitivité rencontré dans mon milieu de travail

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 12 : Sous-dimension 4.3.

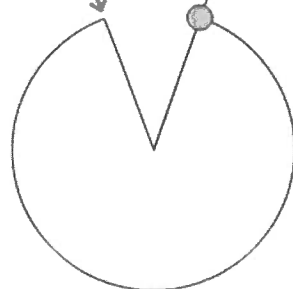
Relation avec confrères et collègues de travail

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de la relation que j'ai avec mes confrères et collègues pendant mes heures de travail



Pire situation possible
(éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 13 : Sous-dimension 5.1.

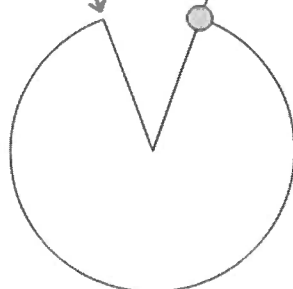
Relation avec mon supérieur

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de la relation que j'ai avec mon supérieur immédiat



Pire situation possible
(éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

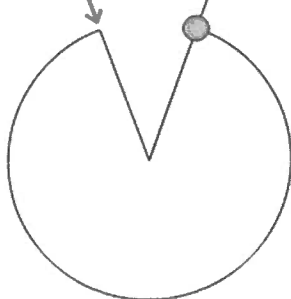
Question 14 : Sous-dimension 5.2.

Relation avec mes employés(ées)

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de la relation que j'ai avec mes employés (ées)

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle : _____ →

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

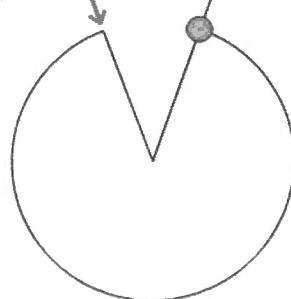
Question 15 : Sous-dimension 5.3.

Relation avec l'employeur ou la direction

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de mes relations avec mon employeur

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle : _____ →

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 16 : Sous-dimension 5.4.

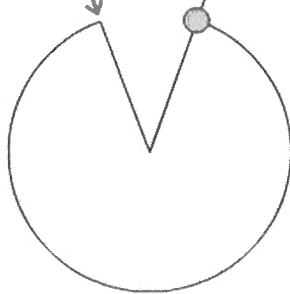
Commentaires et évaluation

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de la fréquence et de la pertinence des commentaires et de l'évaluation faites sur mon travail (feedback)



Pire situation possible
(éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 17 : Sous-dimension 7.2.

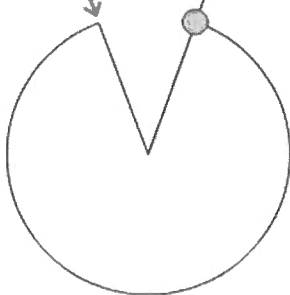
Efficacité au travail

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de mon efficacité au travail (qualité et quantité)



Pire situation possible
(éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



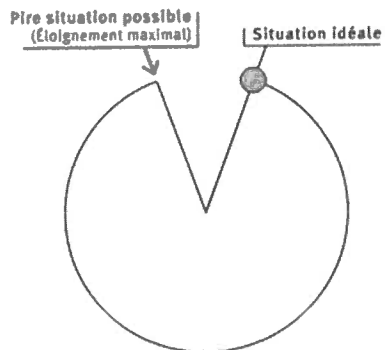
RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 18 : Sous-dimension 6.1.

Lieu de travail (bruit, éclairage, propreté, etc)

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de la qualité de mon lieu physique de travail



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :

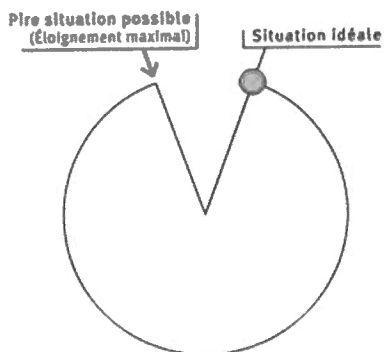
RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 19 : Sous-dimension 6.2.

Équipements et outillages nécessaires au travail

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de l'équipement et de l'outillage disponibles pour exécuter mon travail



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

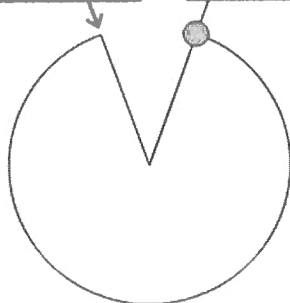
Question 20 : Sous-dimension 8.1.

Facilités (garderies, accès aux restaurants, stationnement, etc)

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) des facilités dont je dispose à mon lieu de travail

Pire situation possible
(éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle : →

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

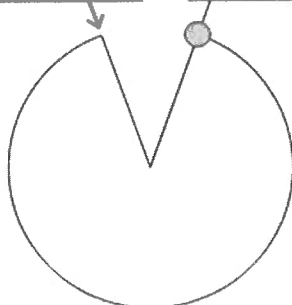
Question 21 : Sous-dimension 7.3.

Temps pour l'exécution des tâches

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) du temps qu'on me donne pour exécuter mes tâches

Pire situation possible
(éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle : →

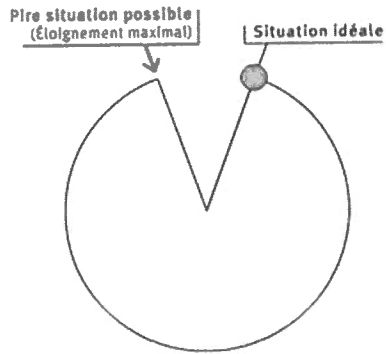
RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 22 : Sous-dimension 7.4.

Participation aux prises de décisions concernant ma tâche

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de l'influence que j'exerce dans la prise de décision concernant la tâche que j'ai à accomplir



RAPPEL

Situation actuelle :

RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 23 : Sous-dimension 7.5.

Compétence et type de travail

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de la correspondance entre mes compétences et la nature de mes tâches à accomplir



RAPPEL

Situation actuelle :

RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 24 : Sous-dimension 7.6.

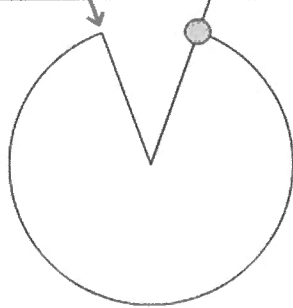
Autonomie

--> **Situation idéale:** être parfaitement heureux(se) de l'autonomie dont je dispose dans l'exécution de mes tâches



Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 25 : Sous-dimension 7.7.

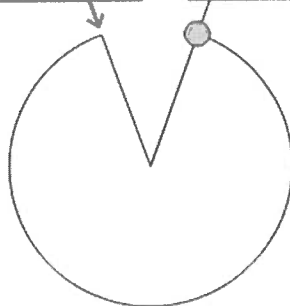
Diversité des tâches

--> **Situation idéale:** être parfaitement heureux(se) de la diversité des tâches que j'ai à accomplir



Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :

RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

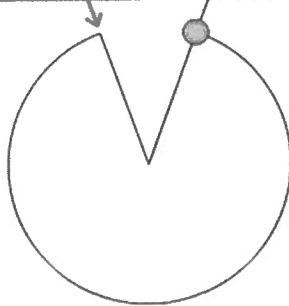
Question 26 : Sous-dimension 8.2.

Prise en charge de mon travail lors d'une absence

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) du travail exécuté sur mes tâches lorsque je dois m'absenter

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

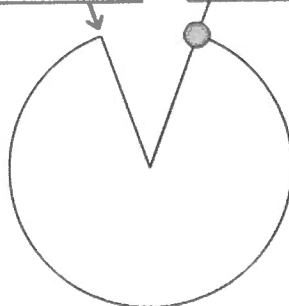
Question 27 : Sous-dimension 8.3.

Répartition de la charge de travail lors de l'absence d'un(e) employé(e) (ou plus)

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de la répartition de la charge de travail occasionnées par l'absence d'un(e) employé(e) (ou plus)

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

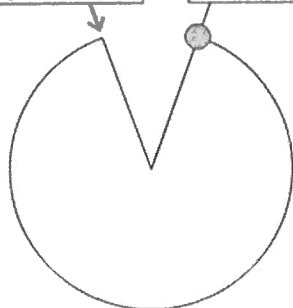
Question 28 : Sous-dimension 3.3.

Absence pour raisons familiales (jeunes enfants, conjoint, décès, etc.)

--> Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de la politique de l'employeur lorsque je dois m'absenter pour des raisons familiales

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

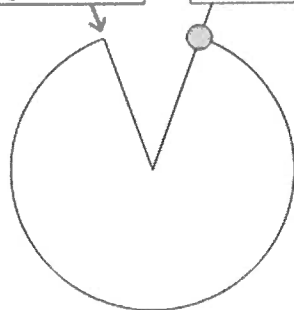
Question 29 : Sous-dimension 7.1.

Exigences physiques

--> Situation idéale: être parfaitement heureux(se) des exigences physiques (efforts, posture, etc) nécessaires à l'exécution de mon travail

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 30 : Sous-dimension 8.4.

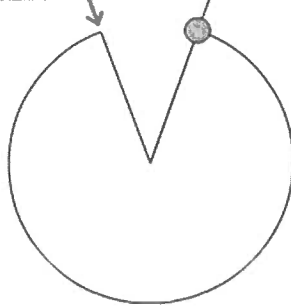
Relation avec le syndicat

→ Situation idéale: parfaitement heureux du support apporté par mon syndicat dans les différents aspects du travail



Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 31 : Sous-dimension 8.5.

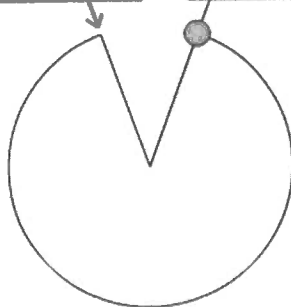
Ressources d'aide aux employés (P.A.E., etc.)

→ Situation idéale: être parfaitement heureux(se) de l'aide disponible pour l'employé(e)



Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

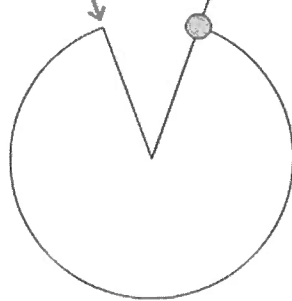
Question 32 : Sous-dimension 7.9.

Rôle à jouer dans l'organisation (rôle : ensemble des tâches que j'ai à accomplir)

→ Situation idéale: être parfaitement heureux de la clarté du rôle que j'ai à jouer à l'intérieur de l'organisation

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

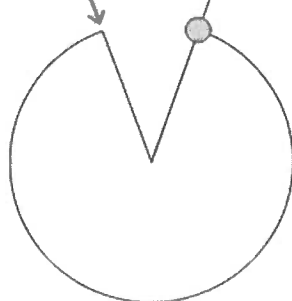
Question 33 : Sous-dimension 4.4.

Conflit de rôle

→ Situation idéale: n'avoir aucune tâche à accomplir venant en conflit avec les tâches d'un ou de plusieurs autres employés(ées)

Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Question 34 : Sous-dimension 5.5.

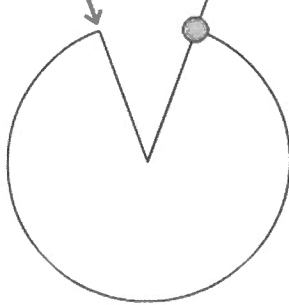
Communication de l'information

→ **Situation idéale**: être parfaitement heureux(se) de l'efficacité avec laquelle l'information (mémos, consignes, plan d'action, etc.) est transmise à l'intérieur de l'entreprise



Pire situation possible
(Éloignement maximal)

Situation idéale



RAPPEL



Où êtes-vous présentement par rapport à la situation idéale ?

RAPPEL

Situation actuelle :



RECOMMENCER

PROCHAINE QUESTION

Importance accordée aux sous-dimensions

APPENDICE D
CERTIFICATION ÉTHIQUE

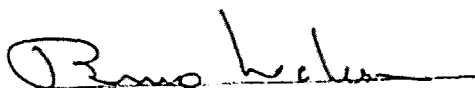
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉTUDIANT

Titulaire (s) du projet :	Catherine Hupé
Nom du programme :	Maîtrise en sciences infirmières
Nom du directeur :	Guy Bélanger
Titre du projet :	Comparaison de la qualité de vie au travail d'infirmières travaillant par quarts de 12 heures et de 8 heures en centre hospitalier
Organisme subventionnaire ou autre (s'il y a lieu) :	---

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec le titulaire du certificat, que les êtres humains, sujets d'expérimentation, pour ce projet seront traités conformément aux principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi que les normes et principes en vigueur de la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

Réservé au CÉR

N° de certificat :	CÉR-70-421
Période de validité du certificat :	Du 30 mai 2012 au 29 mai 2013



Bruno Leclerc, président du CÉR-UQAR

APPENDICE E
LETTRE D'INVITATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



* English version at page 4

Objet :	Invitation à participer à un projet de recherche en sciences infirmières
Titre de la recherche	Comparaison des perceptions de la qualité de vie au travail d'infirmières travaillant par quarts de 12 heures et de 8 heures dans les hôpitaux québécois
Chercheur	Catherine Hupé, infirmière, M.Sc (c), étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski
Directeur de recherche	Guy Bélanger, infirmier, Ph.D., professeur en sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche mené par Catherine Hupé, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). Ce projet s'effectue sous la supervision de Guy Bélanger, Ph.D., professeur en sciences infirmières à l'UQAR. Le but de l'étude est de comparer les perceptions de la qualité de vie au travail d'infirmières qui travaillent par quarts de 12 heures et de 8 heures en centre hospitalier, afin de examiner l'existence de différences entre ces deux groupes d'infirmières.

Les résultats de cette recherche permettront, tant aux gestionnaires qu'au personnel infirmier, de porter une réflexion actuelle et inspirante sur le plan décisionnel quant à une pratique de gestion encore controversée qu'est l'aménagement des horaires par quarts de 12 heures.

2. Participation à la recherche

Si vous acceptez l'invitation, votre tâche consistera à remplir deux questionnaires sur internet. Le Questionnaire #1 se trouve en document attaché au présent courriel. Vous n'aurez qu'à le compléter et à le retourner à l'adresse courriel d'envoi, soit catherine.hupe@uqar.ca, accompagné de la présente lettre signée. Le lien internet pour accéder au deuxième questionnaire, celui de 34 questions sur la qualité de vie au travail, vous sera acheminé par la suite. Approximativement 30 minutes au total seront nécessaires pour remplir cette tâche (les deux questionnaires).

3. Pour pouvoir participer, vous devez répondre aux critères suivants :

- 1) Exercer comme infirmière ou infirmier auprès des usagers (détenir un permis de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, l'OIIQ) dans un centre hospitalier;
- 2) Travailler au moins 24 heures par semaine selon un horaire comportant habituellement soit uniquement des quarts de 12 heures, soit uniquement des quarts de 8 heures depuis trois mois ou plus;
- 3) Comprendre le français ou l'anglais.

Note : Vous pouvez répondre même s'il vous arrive exceptionnellement de travailler selon des quarts plus longs ou plus courts que ceux prévus à votre horaire habituel.

4. Vous ne pouvez pas participer si :

- 1) Vous êtes arrêté du travail (ex : vacances, congés de maladie ou de maternité) ou l'avez été durant 4 semaines consécutives dans les derniers trois mois.

5. Confidentialité

Votre nom et votre adresse courriel ne seront connus que du chercheur principal. Le questionnaire de qualité de vie au travail sera analysé en laboratoire (laboratoire du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales - le CLIPP) et les données nominatives seront remplacées par un code numérique qui permettra uniquement au chercheur principal d'associer les réponses aux participants. Aucune autre personne ne sera en mesure de vous identifier. Lorsque l'étude sera publiée, des résultats d'ensemble seulement seront présentés. Aucun nom de personne ni d'établissement de santé ne sera divulgué. Catherine Hupé et le laboratoire du CLIPP s'engagent à détruire de façon sécuritaire l'ensemble des données au plus tard deux ans après les avoir recueillies.

6. Avantages et inconvénients

Votre participation est importante pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières et en gestion des services de santé. Aucun risque prévisible n'a été identifié au fait de participer à cette étude. Même si cela est peu probable, des inconvénients liés aux émotions suscitées par l'évaluation de votre expérience de qualité de vie au travail pourraient se présenter. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, vous pouvez communiquer en tout temps avec le chercheur principal, au 418-730-9939 ou catherine.hupe@uqar.ca, pour être orienté vers une ressource d'aide.

7. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal ou écrit, et ce, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, il suffit d'aviser le chercheur principal au 418-730-9939 ou catherine.hupe@uqar.ca. Les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillis seront détruits immédiatement au moment de votre retrait.

Ce projet a reçu l'approbation du Comité éthique de la recherche de l'UQAR (certificat CÉR-70-421)

B) CONSENTEMENT

Cette section constitue une signature électronique (vous n'avez qu'à écrire votre nom) qui équivaut pour nous à une signature à la main.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision. Je réponds aux critères de l'étude énumérés aux points A 3) et 4).

Signature

Nom :

Prénom :

Date :

Pour toute question relative à la recherche, veuillez communiquer avec Catherine Hupé, étudiante-chercheuse, au 418-730-9939, catherine.hupe@uqar.ca ou avec le professeur Guy Bélanger, directeur de la recherche, 418-723-1986 ou guy_belanger@uqar.qc.ca.

Merci de votre participation.

Je, Catherine Hupé, déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.



Catherine Hupé
Étudiante, chercheur principal, UQAR
Janvier 2013



Object:	Invitation to participate in a nursing sciences research study
Project Title:	Comparison of the perceived Quality of work life of nurses who work 12 hour shift and 8 hour shifts in hospital settings
Study Investigator:	Catherine Hupé, nurse, M.Sc (c), student, Master in nursing sciences, Université du Québec à Rimouski (UQAR)
Study Director :	Guy Bélanger, nurse, Ph.D., Professor in nursing sciences, Université du Québec à Rimouski (UQAR)

A) INFORMATION TO PARTICIPANTS

1. Purpose of the study

You are being invited to participate in this nursing study, conducted by Catherine Hupé, master degree student in nursing sciences, Université du Québec à Rimouski (UQAR). This study is directed by Guy Bélanger, Ph.D., professor in nursing sciences, UQAR. The purpose of the study is to compare the perceived quality of work life of Quebec nurses who work 12 hour shift and 8 hours shifts in hospital settings. This letter provides you with information required for you to make an informed decision regarding participation in this research.

The conclusions of this research may be inspiring for nurses and for managers who have to take position about this controversial scheduling practice.

2. Study procedure

If you agree to participate, you will be asked to answer two online questionnaires. The Questionnaire #1 is attached to this email. You may complete it and send it back to the recipient address: catherine.hupe@uqar.ca, along with this Information and Consent Letter. The 34 questions "Quality of work life" questionnaire will be sent to you afterwards. It is anticipated that task (two questionnaires) can be completed in about 30 minutes.

3. You can participate in the study if...

- You are a nurse (member of Quebec's professional order of nurses, the OIIQ) who provides direct patient care in hospital;
- For the last three months, you have been working more than 24 hours/week, exclusively either on a 12 hour shiftwork schedule **OR** on a 8 hour shiftwork schedule;
- You understand French or English.

Note: If you occasionally work longer shifts or shorter shifts added to your regular schedule, you still can participate.

4. You can NOT participate in the study if...

- You have been off work for more than four weeks in the last three months (including vacation, sick leave and maternity leave).

5. Confidentiality

Only the study investigator has your name and email address. The results of the “Quality of work life” questionnaire will compile automatically in a laboratory (the CLIPP laboratory: The liaison Center of Psychosocial Intervention and Prevention) and the nominative data will be replaced into numeric codes. All data will remain confidential and the study investigator (Catherine Hupé) will be the only person who can associate the participants to their answers. Two years after collected, all data will be safely destroyed by the Catherine Hupé and by the CLIPP laboratory. When the results are published, neither your name nor the name of your hospital will be used.

6. Possible Benefits and Risks

Your participation contributes in the nursing and management knowledge development. There are no known discomforts associated with completing this study. A disadvantage may be that the assessment of your quality of work life possibly cause worry and concern. If you need any support, you can reach Catherine Hupé (418-730-9939 or catherine.hupe@uqar.ca) at any time to be referred to a resource person or organization.

7. Voluntary Participation

Participation in this study is voluntary. You may refuse to participate, refuse to answer any questions or withdraw from the study at any time with no justification. If you choose to withdraw from this study, your data will be removed and destroyed from our database. The only thing you have to do is to inform us of your withdrawal by telephone (418-730-9939) or by email: catherine.hupe@uqar.ca.

This project has been approved by Research Ethics Committee of UQAR (certificate CÉR-70-421).

B) CONSENT FORM

This section constitutes an electronic signature (you only have to write your name), which has the same value between us as a handwritten signature.

I confirm that I have read the information above and all questions have been answered to my satisfaction. I understand the goal, the nature of the study and the possible benefits and risks. I voluntarily agree to take part in this study. I know that I am free to withdraw at any time, without giving a reason and without cost. I meet the selection criteria listed in A 3) and 4).

1) Signature

Full name :

Date :

If you require any further information regarding this research project or your participation in the study you may contact Catherine Hupé, research investigator (418-730-9939 or catherine.hupe@uqar.ca), or Guy Bélanger, research director (418-723-4186 or guy_belanger@uqar.qc.ca)

Thank you for your cooperation!

I, Catherine Hupé, declare to have explained the purpose, the nature, the benefits and risks of the study and to have answered, to the best of my knowledge, to the questions that were posed.



Catherine Hupé
Study Investigator, student, UQAR
January 2013

APPENDICE F
QUESTIONNAIRE SUR LES CARACTÉRISTIQUES DU PARTICIPANT



UQAR

QUESTIONNAIRE 1 – En Français

CARACTÉRISTIQUES DU PARTICIPANT

1. Âge ____ ans 2. Genre ☐ Femme ☐ Homme
3. Je vis... ☐ Seul(e) ☐ En couple
4. Nombre d'enfants/personnes à la charge ____ enfant(s)/personne(s)
5. Expérience comme infirmière ____ ans 6. Je suis étudiant(e) ☐ Oui ☐ Non
7. Diplôme(s) obtenu(s) ☐ DEC ☐ BAC ☐ DESS/Maîtrise ☐ Autre : _____
8. Je travaille au/à...
☐ Centre hospitalier X
☐ Centre hospitalier Y
☐ Centre hospitalier Z
☐ ...
9. Secteur d'activités
☐ Médecine/Chirurgie ☐ Pédiatrie/périnatalité ☐ Autre : _____
☐ Soins critiques/urgence ☐ Santé mentale
10. La durée de mes quarts de travail habituels depuis 3 mois ou plus est de ...
☐ 8 heures ☐ 12 heures ☐ Autre ☐ Ne s'applique pas
11. Sur une période de deux semaines (14 jours), je travaille en moyenne ____ jours

12. Mon employeur donne l'opportunité de choisir la durée de mes quarts de travail

☐ Oui ☐ Non

13. Mon horaire habituel comprend des rotations ☐ Oui ☐ Non

14. Au cours d'une semaine, je travaille en moyenne ____ heures supplémentaires

15. Lors d'un quart de travail normal, j'arrive à prendre mes pauses/repas...

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

16. Selon mon horaire, je travaille habituellement...

☐ Seulement de jour ☐ Autre que seulement de jour

17. En moyenne, selon mon horaire habituel, je suis en congé durant ____ jours consécutifs

Veillez retourner ce questionnaire complété, accompagné de la lettre d'information et de consentement signée, à l'adresse catherine.hupe@uqar.ca. Le questionnaire de qualité de vie au travail vous sera acheminé sous peu.

Merci de votre collaboration !



QUESTIONNAIRE 1 - English

CARACTERISTICS OF THE PARTICIPANT

1. Age ____ years old 2. Gender ☐ Female ☐ Male
3. I live... ☐ Alone ☐ In couple 4. I am in charge of ____ children/person
5. Experience as a nurse ____ years 6. I am a student ☐ Yes ☐ No
7. Last diploma obtained ☐ College ☐ Bachelor ☐ Master/Superior studies ☐ Other:

8. I work at the...
 - ☐ Hospital X
 - ☐ Hospital Y
 - ☐ Hospital Z
 - ☐ ...
9. Type of unit
 - ☐ Medical/Surgical ☐ Pediatrics/Perinatal care ☐ Other: _____
 - ☐ Critical care/Emergency ☐ Mental Health
10. At least for the last 3 months, the length of my shiftwork is usually...
 - ☐ 8 hours ☐ 12 hours ☐ Other ☐ Not applicable
11. On average, during a two week period (14 days), I work ____ days

12. My employer gave me the opportunity to choose the length of my shift work

☐ Yes ☐ No

13. My regular schedule is a rotation schedule ☐ Yes ☐ No

14. On an average week, I work ____ hour(s) in overtime

15. On an average work shift, I am able to take breaks/meals...

☐ Always ☐ Most of the time ☐ Rarely ☐ Never

16. Most of the time, I work...

☐ On day shifts only ☐ Other than only on day shifts

17. On average, my schedule consists of ____ days off in a row

When this questionnaire is completed, please send it back with the signed information and consent letter to: catherine.hupe@uqar.ca The “Quality of work life questionnaire” will be sent to you as soon as possible.

Thank you for your cooperation!

APPENDICE G

**APLATISSEMENT ET ASYMÉTRIE ASSOCIÉS AUX SCORES D'ÉCART DES
DIMENSIONS DE LA QVT MESURÉES AUPRÈS DE L'ÉCHANTILLON**

Aplatissement et asymétrie associés aux scores d'écart des dimensions de la QVT mesurées auprès de l'échantillon

Dimension de la QVT	Aplatissement	Asymétrie
1. Rémunération	2,27	1,64
2. Cheminement professionnel	6,88	2,56
3. Horaire de travail	1,97	1,98
4. Climat avec les collègues	3,34	1,79
5. Climat avec les supérieurs	11,63	3,13
6. Environnement de travail	5,26	2,23
7. Facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche	7,07	2,35
8. Soutien offert à l'employé	5,40	2,17

APPENDICE H
CORRÉLATIONS ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET
ORGANISATIONNELLES DES INFIRMIÈRES ET LEURS SCORES D'ÉCART
AUX SOUS-DIMENSIONS DE LA QVT

*Corrélations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières par quarts de 8 heures et leurs scores d'écart
aux sous-dimensions de la QVT*

Caractéristiques des infirmières par quarts de 8 heures (n = 40)																
Sous-dimension	Âge	Sexe	Statut civil	Salaire	Enfant s à la charge	Niveau de formation	Études en cours	H	Secteur de soins	Choix de la durée des quarts	Rotations	Horaire travail /14 jours	Heures supplé-mentaires /semaine	Pauses et repas	Plage horaire (jour ou autre)	Jours de congé consécu-tifs /14 jours
Coefficient de corrélations (r) Rho de Spearman																
n° 1.1.	,133	-,037	-,214	-,113	-,023	-,148	-,095	,081	,090	-,063	-,040	,090	-,380	-,128	-,121	-,145
n° 1.2.	-,087	-,134	-,141	-,008	,072	-,084	,345	-,178	,046	-,138	-,020	-,028	-,200	-,167	-,335	,061
n° 1.3.	,380	,013	-,239	,081	,203	,076	,313	,063	,095	-,094	,176	,176	-,137	,000	-,043	-,053
n° 2.1.	-,040	-,260	-,257	,167	-,062	,119	-,295	-,099	,092	,049	,031	,127	-,112	,076	-,139	,110
n° 2.2.	,195	-,007	-,133	-,027	-,092	-,289	,145	-,164	,364	-,073	,079	,183	-,067	-,060	-,143	-,163
n° 2.3.	-,111	-,328	-,170	,056	,193	,132	,107	-,277	-,063	-,109	,035	,044	-,045	,066	-,158	,179
n° 3.1.	-,388	-,103	-,125	-,135	-,134	-,100	-,076	-,124	-,065	-,060	-,299	-,023	-,055	-,027	-,055	,098
n° 3.2.	-,228	-,342	-,355	-,124	-,094	,011	,007	-,311	-,275	-,145	-,191	-,344	,143	-,101	-,197	,186
n° 3.3.	-,063	-,191	-,081	,076	,129	-,277	,024	-,498	-,108	,170	,141	-,147	-,154	-,135	-,235	,417
n° 4.1.	-,057	-,235	-,106	-,081	,114	-,100	,042	-,415	-,236	-,104	-,070	-,044	,015	-,313	-,194	,287
n° 4.2.	-,270	-,096	-,078	-,084	,183	-,176	-,153	-,027	-,140	-,100	-,143	-,058	-,258	-,094	-,228	,324
n° 4.3.	-,114	-,107	-,096	,017	,173	,050	-,225	-,168	-,125	-,091	-,230	,045	-,172	-,002	,020	,177
n° 4.4.	-,106	-,295	-,026	,010	,401	,025	,183	-,332	,085	,103	-,029	-,015	-,369	,190	-,201	,336
n° 5.1.	-,081	-,224	-,175	,075	,153	,009	,083	-,065	,049	,077	,031	,020	-,260	,117	-,241	-,006
n° 5.2.	,129	-,217	,218	,015	,693	,093	-,178	,180	,057	-,653	-,146	,267	-,131	-,027	,466	,132

n° 5.3.	-,286	-,251	,024	-,042	,215	,007	-,115	-,318	-,039	,038	,081	,167	-,154	,086	-,163	,162
n° 5.4.	,014	-,317	,139	-,001	,157	-,175	,047	-,320	,034	,100	,109	,127	-,151	-,021	,148	,178
n° 5.5.	,095	-,082	,035	,148	,349	,209	,118	-,068	,061	-,039	,239	,255	-,159	-,134	-,149	,130
n° 6.1.	,104	-,110	-,166	,142	,115	,126	,144	,054	-,099	-,177	,010	-,101	-,129	-,030	,057	-,036
n° 6.2.	-,033	,155	-,073	,082	,150	,019	,368	,061	-,043	-,284	-,016	-,002	,019	-,212	,079	,022
n° 7.1.	-,085	-,127	-,016	-,143	-,039	-,133	,029	-,312	,005	,153	,087	-,016	-,221	-,005	-,203	,221
n° 7.2.	-,216	-,115	-,100	-,087	,146	,080	,055	-,127	,022	,003	,159	-,055	,019	,318	,024	,207
n° 7.3.	-,192	-,182	-,043	-,157	,098	-,134	,069	-,351	-,120	,010	,070	-,097	-,033	,161	,013	,307
n° 7.4.	-,149	-,266	-,052	-,095	,088	-,143	-,128	-,199	-,157	,068	,029	,024	-,120	,033	,014	,150
n° 7.5.	-,276	-,116	-,075	-,161	-,222	-,174	-,112	-,078	,103	,078	-,075	,047	,113	,434	,002	,201
n° 7.6.	-,132	-,052	-,020	-,103	-,017	,102	,113	-,104	,237	,150	,152	,213	-,233	,042	-,176	-,017
n° 7.7.	,093	-,128	,011	,220	,330	,257	-,130	-,084	,034	-,098	-,143	,227	-,306	-,205	,034	,085
n° 7.8.	-,120	-,221	,046	,072	,133	-,163	,241	-,333	-,077	-,031	-,016	-,063	-,051	-,121	-,134	,318
n° 7.9.	,094	-,173	-,030	,129	,219	-,108	,085	-,126	,203	-,075	-,085	,083	-,319	-,138	-,197	,226
n° 8.1.	-,246	-,331	-,116	,012	-,120	-,015	,222	-,176	,068	,029	-,334	-,007	-,187	-,038	-,119	,112
n° 8.2.	-,193	-,338	,084	,007	,150	,221	,133	-,366	-,185	,296	,167	,167	-,315	,179	,039	,281
n° 8.3.	-,095	-,159	,045	-,114	,170	-,051	,076	-,162	-,067	,145	,138	,065	-,249	,066	-,066	,282
n° 8.4.	,035	,000	,080	,146	,149	-,030	,227	,134	-,020	,085	-,074	,029	-,295	,009	,044	,116
n° 8.5.	-,005	-,064	,100	,001	,135	-,040	,254	-,003	,171	,086	-,027	,057	-,249	-,038	-,132	,204

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$. Sous-dimension 1.1.Revenu 1.2.Avantages sociaux 1.3.Sécurité du revenu 2.1.Possibilités d'avancement 2.2.Mutation 2.3.Perfectionnement et formation 3.1.Horaire sur la santé; 3.2.Flexibilité de l'horaire 3.3.Absences pour des raisons familiales 4.1.Sentiment d'appartenance 4.2.Compétitivité 4.3.Relations avec les collègues 4.4.Conflit de rôle 5.1.Relations avec le supérieur 5.2.Relations avec les employés 5.3.Relations avec l'employeur 5.4.Commentaires et évaluations 5.5.Communication de l'information 6.1.Lieu de travail 6.2.Equipement et outillages 7.1.Charge émotive 7.2.Efficacité au travail 7.3.Temps pour exécuter les tâches 7.4.Participation aux prises de décisions 7.5.Correspondance compétences et tâches 7.6.Autonomie 7.7.Diversité des tâches 7.8.Charge physique 7.9.Clarté du rôle 8.1.Facilités 8.2.Prise en charge du travail en mon absence 8.3 Répartition de la charge lors d'absences 8.4. Relation avec le syndicat 8.5.Ressource d'aide aux employés.

*Corrélations entre les caractéristiques individuelles et organisationnelles des infirmières par quarts de 12 heures et leurs scores d'écart
aux sous-dimensions de la QVT*

Caractéristiques des infirmières par quarts de 12 heures (n = 33)																	
Sous-dimension	Âge	Sexe	Statut civil	Salaire	Durée des quarts	Enfants à la charge	Niveau de formation	Études en cours	H	Secteur de soins	Choix de la durée des quarts	Rotations	Jours de travail /14 jours	Heures supplémentaires /semaine	Pauses et repas	Plage horaire (jour ou autre)	Jours de congé consécutifs /14 jours
Coefficient de corrélations (r) Rho de Spearman																	
n° 1.1.	-,217	,210	-,236	-,113	,178	-,028	,068	-,098	,208	-,006	-,050	-,172	-,217	,027	-,100	-,030	-,123
n° 1.2.	,150	,234	-,248	-,008	-,048	-,024	,166	,133	,067	-,176	-,133	-,176	,027	,292	,161	,119	-,053
n° 1.3.	-,017	,147	-,172	,081	-,032	-,065	,229	-,118	-,057	-,101	,105	-,193	-,048	,114	,000	,012	-,050
n° 2.1.	-,103	,116	,028	,167	,166	-,104	,503	-,032	,348	-,163	,259	-,170	,183	,074	-,052	-,018	-,105
n° 2.2.	-,038	,007	-,133	-,327	-,018	-,005	,034	-,020	-,113	,061	-,006	,210	-,013	,177	-,187	-,069	,057
n° 2.3.	,124	,172	-,061	,056	-,055	,073	,101	,052	-,231	,019	,116	,070	-,094	,080	,000	-,078	-,041
n° 3.1.	-,313	,366	-,271	-,135	,071	-,223	,332	,140	,063	-,284	,103	-,217	,096	,149	,333	-,156	,011
n° 3.2.	-,221	,271	,019	-,124	-,186	-,235	,110	,136	-,024	-,335	-,051	-,157	,059	,178	,080	,017	-,026
n° 3.3.	-,168	,016	-,232	,076	-,169	-,143	-,095	,127	-,217	-,094	-,073	,062	,053	,100	,202	-,296	,240
n° 4.1.	-,178	,095	-,199	-,081	-,167	,043	,079	-,024	-,016	-,058	,138	-,068	,110	,148	,174	-,090	-,067
n° 4.2.	-,357	,154	-,138	-,084	-,008	-,140	,545	-,259	,042	-,212	,089	-,236	-,117	,071	,251	-,041	-,164
n° 4.3.	-,127	-,006	-,322	,017	,154	,098	,311	-,034	,094	-,156	-,232	-,236	,052	,207	,255	,209	,002
n° 4.4.	-,135	-,031	,201	,010	-,116	-,226	,084	-,185	,082	-,159	-,174	-,147	,102	,184	,124	-,315	,053
n° 5.1.	-,187	,000	,156	,075	-,137	,101	,142	-,020	-,115	,013	,174	,121	,131	,071	,177	,112	-,031
n° 5.2.	-,110	,505	-,150	,015	,144	,057	,291	-,219	,545	,065	,000	-,291	-,054	,440	-,029	-,101	-,151
n° 5.3.	-,072	,185	,068	-,042	-,062	,030	,284	,242	-,058	,007	-,069	-,095	,221	,247	,406	,067	,000
n° 5.4.	-,296	,089	-,122	-,001	-,065	-,177	,341	,234	,201	-,150	-,116	-,172	-,025	,112	-,105	,000	-,014

n° 5.5.	-,399	-,084	,086	,148	-,063	-,071	,464	,308	,033	-,364	,200	-,315	,251	,120	,332	,184	,107
n° 6.1.	-,137	,033	-,220	,142	,102	,197	,304	-,006	,078	-,207	-,306	-,175	,016	,064	,311	,324	,008
n° 6.2.	-,326	-,238	-,261	,082	-,040	,050	,104	,005	,103	-,418	-,261	-,197	-,044	-,110	,273	,266	,048
n° 7.1.	-,166	-,071	,000	-,143	-,111	-,190	-,108	,100	,147	-,093	-,062	-,103	,431	,284	,183	-,040	-,139
n° 7.2.	-,083	,302	-,198	-,087	-,189	-,308	,280	,108	,165	-,219	-,133	-,129	,027	,124	,351	-,075	,020
n° 7.3.	-,386	-,029	,004	-,157	-,413	-,017	,229	,061	-,291	,073	-,168	,152	-,254	,331	,136	,144	,430
n° 7.4.	-,586	-,357	,237	-,095	-,150	-,055	,173	,028	-,397	-,062	-,047	,350	-,207	,110	-,045	,096	,289
n° 7.5.	-,326	-,030	-,083	-,161	-,047	-,113	-,256	-,067	-,129	,167	-,184	-,073	,003	,354	,074	,208	,168
n° 7.6.	-,427	,212	,195	-,103	-,076	-,337	-,007	-,205	,077	,154	-,114	-,092	-,303	,152	-,182	-,067	-,024
n° 7.7.	-,153	-,092	-,159	,220	,159	,037	,282	-,129	-,043	-,083	-,216	,357	-,282	,019	-,130	-,024	,280
n° 7.8.	-,223	-,071	-,313	,072	,017	-,265	,331	,215	,072	-,233	-,228	-,284	,138	,204	,299	,174	-,239
n° 7.9.	-,130	,280	-,061	,129	-,123	-,124	,393	,039	-,139	,178	,153	-,101	-,108	-,015	,190	-,050	,034
n° 8.1.	-,134	,050	-,047	,012	-,114	-,072	,026	-,007	-,102	-,469	-,062	-,226	,112	-,108	,522	,156	-,096
n° 8.2.	-,059	-,077	-,007	,007	-,245	-,192	,453	,188	,127	-,081	,182	-,192	,259	,124	,232	-,029	-,032
n° 8.3.	-,076	,183	,106	-,114	-,273	-,189	-,025	,116	-,112	-,046	,010	-,015	,064	,173	,402	-,059	-,009
n° 8.4.	-,254	,033	-,085	,146	,093	-,011	-,035	-,329	-,259	-,117	-,078	,240	-,130	,106	,473	,007	,558
n° 8.5.	-,069	-,178	,107	,001	-,113	-,065	,023	,283	,078	-,509	-,374	-,147	,148	,247	,398	,138	,060

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$. Sous-dimension 1.1.Revenu 1.2.Avantages sociaux 1.3.Sécurité du revenu 2.1.Possibilités d'avancement 2.2.Mutation 2.3.Perfectionnement et formation 3.1.Horaire sur la santé; 3.2.Flexibilité de l'horaire 3.3.Absences pour des raisons familiales 4.1.Sentiment d'appartenance 4.2.Compétitivité 4.3.Relations avec les collègues 4.4.Conflit de rôle 5.1.Relations avec le supérieur 5.2.Relations avec les employés 5.3.Relations avec l'employeur 5.4.Commentaires et évaluations 5.5.Communication de l'information 6.1.Lieu de travail 6.2.Equipement et outillages 7.1.Charge émotive 7.2.Efficacité au travail 7.3.Temps pour exécuter les tâches 7.4.Participation aux prises de décisions 7.5.Correspondance compétences et tâches 7.6.Autonomie 7.7.Diversité des tâches 7.8.Charge physique 7.9.Clarté du rôle 8.1.Facilités 8.2.Prise en charge du travail en mon absence 8.3.Répartition de la charge lors d'absences 8.4. Relation avec le syndicat 8.5.Ressource d'aide aux employés.

